

Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



**Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses - Unidade de
Saúde Espaço Verde, Amargosa, Bahia**

GEORGIA COSTA RAMOS SPIAZZI

Pelotas, 2014

GEORGIA COSTA RAMOS SPIAZZI

**Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses - Unidade de
Saúde Espaço Verde, Amargosa, Bahia**

Orientadora: MARIA APARECIDA GONÇALVES DE MELO CUNHA

Trabalho de conclusão do Curso de
Especialização em Saúde da Família –
Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

S754m Spiazzi, Georgia Costa Ramos

Melhoria na atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses -
Unidade de Saúde Espaço Verde, Amargosa, Bahia / Georgia Costa
Ramos Spiazzi; Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da
criança 4.Puericultura 5.Saúde bucal I. Cunha, Maria Aparecida
Gonçalves de Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha Família, principalmente ao meu esposo Leandro e minha filha Lara, pela compreensão, amor e carinho que vocês dão a mim sem pedir nada em troca. Vocês são a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Santa Rita de Cássia, meu refúgio, fortaleza e socorro bem presente nas horas de aflição e angustia.

Aos meus pais, que me ensinaram a ser uma pessoa integra e idônea.

Ao meu esposo Leandro que me apoiou no momento de dificuldades e não me permitiu desistir, além de ser muito compreensivo.

A minha filha Lara, por ser tão carinhosa e amorosa.

À toda Equipe da Unidade de Saúde da Família Espaço Verde pela troca de experiências e pelos ensinamentos diários.

A minha orientadora e apoio pedagógico pela paciência e pelo acolhimento nos momentos difíceis e principalmente pelas informações de grande relevância para o desenvolvimento deste trabalho.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fotografia- Município de Amargosa, BA, 2014.	12
Figura 2: Fotografia- Unidade de Saúde da Família – Catiara Espaço Verde	13
Figura 3: Fotografia- Atendimento de rotina na unidade.....	43
Figura 4: Fotografia- Ação coletiva na creche.....	45
Figura 5: Fotografia- Ação coletiva na creche, com pais e responsáveis pelas crianças	45
Figura 6: Fotografia- Atendimento individualizado no consultório odontológico	47
Figura 7: Gráfico- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.....	49
Figura 8: Gráfico- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.	50
Figura 9: Gráfico- Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.	51
Figura 10: Gráfico- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.	52
Figura 11: Gráfico- Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.....	52
Figura 12: Gráfico- Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.....	53
Figura 13: Gráfico- Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.	54
Figura 14: Gráfico- Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	55
Figura 15: Gráfico- Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	55
Figura 16: Gráfico- Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	56
Figura 17: Gráfico- Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.	57
Figura 18: Gráfico-Proporção de crianças com triagem auditiva.....	58
Figura 19: Gráfico- Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.....	58
Figura 20: Gráfico- Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.	59
Figura 21: Gráfico- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.....	60
Figura 22: Gráfico-Proporção de crianças com registro atualizado.	61
Figura 23: Gráfico- Proporção de crianças com avaliação de risco.	61
Figura 24: Gráfico- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.	62
Figura 25: Gráfico- Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.	63
Figura 26: Gráfico- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.	64
Figura 27: Gráfico- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	64
Figura 28: Gráfico- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	65
Figura 29: Gráfico- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.	66
Figura 30: Gráfico- Proporção de crianças de freqüentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.	67
Figura 31: Fotografia- Sala de Espera	74

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BA – Bahia

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CRAS – Centro de Referência na Assistência Social

EaD – Especialização a Distância

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

HMA- Hospital Municipal de Amargosa

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio da Saúde da Família

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.....	10
1.2	Relatório da Analise Situacional.....	11
1.3	Comentário Comparativo entre o primeiro texto e o Relatório da Análise situacional.	17
2	Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	18
2.1	Justificativa.....	18
2.2	Objetivos e Metas.....	19
2.2.1	Objetivo Geral	19
2.2.2	Objetivo Específico	19
2.2.3	Metas	20
2.2	Metodologia.....	21
2.3.1	Ações	22
2.3.2	Indicadores	30
2.3.3	Logística.....	37
2.3.4	Cronograma	38
3	Relatório da Intervenção.....	43
3.1	Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	43
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	46
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.	46
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	46
4	Avaliação da Intervenção.....	48
4.1	Resultados	48
4.2	Discussão.....	68
4.3	Relatório da Intervenção à Comunidade	71
4.4	Relatório da Intervenção aos Gestores	72
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
6	Referências Bibliográficas	76
	Anexos	77

RESUMO

Spiazzi, Georgia Costa Ramos. **Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses, Unidade de Saúde Espaço Verde, Amargosa, Bahia. 2014. 81f.** Projeto de Intervenção – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

O cuidado nos primeiros anos de vida de uma criança é de extrema importância para o seu desenvolvimento. As ações preventivas são direcionadas para os pais ou responsáveis no momento da puericultura e colocadas em prática em seus domicílios. Este estudo tem por objetivo melhorar a atenção à saúde da criança, ampliando a cobertura da atenção à saúde da criança, melhorando a adesão ao programa de Saúde da Criança, a qualidade do atendimento, os registros das informações além de mapear aquelas em alto risco. As informações vão da orientação sobre higiene bucal e prevenção à cárie, crescimento, acompanhamento do desenvolvimento da criança, monitoramento da caderneta de vacinação e teste do pezinho até o tratamento odontológico concluído. A puericultura era realizada na Unidade de Saúde Espaço Verde, no município de Amargosa na Bahia de forma multiprofissional, mas sem os registros e monitoramentos adequados e não existia um protocolo a ser seguido. Com a implementação do projeto de Intervenção proposto pelo curso foi possível desenvolver ações que estão subdivididas em 4 eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, monitoramento e acompanhamento, engajamento público e qualificação da prática clínica, sendo desenvolvido de novembro de 2013 a março de 2014. Neste período foram cadastradas 129 crianças o que corresponde a mais de 67,9% do total, mas com o acompanhamento e monitoramento utilizando os instrumentos viabilizados pelo curso foram 110 crianças o que corresponde a 57,89%. O número de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida foi de 100% no 3º mês, 83,3% das crianças fizeram suplementação com ferro no 1º mês, 100% das crianças realizaram o teste do pezinho com 7 dias de vida no 3º mês. As ações desenvolvidas na Creche foram bem aceitas pelas crianças e pelos pais, podendo ser comprovadas com o número de escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças nos quatro meses da intervenção e nos dois primeiros meses todas as mães das crianças frequentadoras da creche receberam orientações nutricionais. As ações coletivas serão mantidas na rotina da Instituição. As informações e orientações individualizadas no momento das consultas foram muito válidas, mas a triagem auditiva não foi possível ser viabilizada para as crianças do município pela falta de profissional. Mesmo com o fim da intervenção será mantido o dia específico para o atendimento das crianças e o acompanhamento será norteado pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária a saúde; saúde da criança; saúde bucal.

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPEL/UNASUS) onde foi realizada uma intervenção direcionada às crianças de 0 a 72 meses “Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses - Unidade de Saúde Espaço Verde, Amargosa, Bahia”. O trabalho está organizado em seis seções.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, falando sobre o município de Amargosa-Ba, sua localização e os serviços em saúde ofertados pelo mesmo. Descreve a Unidade de Saúde da Família Espaço Verde, a partir da sua estrutura física, o processo de trabalho da Equipe e analisa o processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma da intervenção que foi realizada. O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, descreve as ações desenvolvidas para a realização do projeto e as que não foram; as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade de manter o projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.

Eu, Georgia Spiazzi, exerço a função de cirurgiã-dentista desde 20 de Agosto de 2012 na USF Espaço Verde, também chamada de Unidade de Saúde da Família (USF) Catiara II. Esta Unidade fica em um dos vários extremos da cidade, circundado por casas populares. Próximo a USF Espaço Verde passa a rodovia BA 046 que liga Amargosa a Santo Antônio de Jesus. Os moradores das casas populares fazem parte de uma rua que surgiu de forma desordenada, onde não existia esgotamento, não existia acesso para veículos e o outro limite da rua acabava em um despenhadeiro com um pasto a metros de altura. Por essa razão essas pessoas foram contempladas com as casas populares. Mas além dessa micro-área existem mais quatro, sendo duas próximas da USF e duas mais distantes, além de uma área descoberta, que está em crescimento acelerado. Nossa população, em sua maioria, tem um nível sócio econômico muito baixo e com isso a criminalidade, o tráfico de drogas e o abuso de álcool são comuns na comunidade.

Nossa Equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, dois vigilantes, uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista e cinco agentes comunitários de saúde. Em relação ao trabalho da equipe somos muito unidos e temos facilidade em nos comunicar. As nossas reuniões são feitas a cada quinze dias e todos os dias, sempre que possível e necessário, nos reunimos antes de começar o atendimento para discutirmos assuntos emergenciais. O atendimento de médico, dentista e enfermeiro acontece com uma agenda casada, desta forma temos um atendimento mais humanizado. Na minha agenda estão inseridos os atendimentos para gestantes, hipertensos e diabéticos, crianças, demanda livre (urgência), visitas domiciliares, demanda agendada, atividades educativas, prevenção com escovação e aplicação de flúor,

salas de espera, palestras para grupos específicos junto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) além de atividades nas escolas. Os ACS da nossa USF são receptivos, diferente de outras unidades do município. As técnicas são bastante eficientes e o nosso Serviço de Agendamento Médico (SAME) encontra-se em constante arrumação. Ficamos sem médico por dois meses, mas temos um novo faz sete dias. Nossa coordenadora, enfermeira, está na turma 3 dessa Especialização e é muito competente e resolutiva.

No que se refere ao material de consumo, estamos passando por dificuldades, pois a gestão anterior deixou de pagar os fornecedores e por essa razão os mesmo não estão enviando os materiais. Dependemos de compras emergenciais até que se faça uma nova licitação. Estou trabalhando com pouco material, mas não paramos o atendimento. A minha sala está bem equipada. Em relação aos instrumentais temos em quantidade para um dia de trabalho, mas não temos excedente. Caso haja uma grande demanda espontânea temos problema com o atendimento. A estrutura física da unidade está em perfeito estado, pois foi construída em 2010. As maiores dificuldades são a falta de comunicação externa e interna (ramal) e a informatização da unidade. Temos os computadores, os telefones, mas estamos aguardando as instalações. A distância do centro da cidade e o perfil dos usuários da unidade é um grande desafio para a Equipe de Saúde da Família (EFS).

1.2 Relatório da Análise Situacional

Amargosa é um município do estado da Bahia. Está situada no Vale do Jequiriçá próximo ao Recôncavo Baiano. Dista de Salvador 240 km e a população estimada em 2012, segundo o SIAB, é de 38.825 habitantes. Sua extensão territorial é de 145,742 Km². (FIGURA 1)



Figura 1: Município de Amargosa, BA, 2014.

No município existem nove Unidades de Saúde da Família (USF) com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) cada e todas com Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo que uma USF faz parte da Unidade Móvel, além do Centro Municipal de Saúde, uma UBS tradicional. Existe uma Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composta por uma Nutricionista, um Educador Físico, uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Fisioterapeuta, todos cobrem todas as UBS do Município. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tem cinco Dentistas, dois responsáveis por Endodontia, um por Periodontia, um fazendo Cirurgia Bucomaxilofacial e um responsável pelos Pacientes com Necessidades Especiais. O Hospital Municipal de Amargosa (HMA) faz parto normal e cesariana, pequenas cirurgias e uma parte dos exames complementares e especializados como endoscopia, eletroencefalograma, RX e ultrassonografia, além do Pronto Socorro. Os Médicos Especialistas de diversas áreas trabalham na Policlínica. Existe o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pela regional de Santo Antônio de Jesus. O Laboratório Municipal foi contemplado com um novo equipamento e tem realizado uma grande variedade de exames laboratoriais.

A UBS Espaço Verde está localizada em um dos extremos do município, distante do centro da cidade, mas ainda é considerada como Zona Urbana. É uma ESF e tem uma Equipe de Saúde da Família, composta por uma Enfermeira, um Médico, uma Dentista, uma Auxiliar de Serviços Gerais, uma Auxiliar de Saúde Bucal, uma recepcionista, duas Técnicas de Enfermagem, dois Vigilantes e cinco ACS. Com a distância do Centro, sem telefone, ramal e falta de Internet há uma

imensa dificuldade em encaminhar os pacientes para outros setores da saúde (Figura 2).



Figura 2: Unidade de Saúde da Família – Catiara Espaço Verde

A Estrutura Física da Unidade é relativamente nova, pois foi construída em 2010 para ser UBS, tem as medidas de acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, mas não tem local adequado para uma gerência, nem um local para armazenar resíduos sólidos. Não existe uma sala específica para os ACS, mas tem o mínimo que é necessário para o funcionamento de uma USF com uma Equipe. Tem farmácia, sala de curativo e junto nebulização, um pequeno almoxarifado, banheiros para funcionários e dois para pacientes, uma recepção pequena que funciona junto com um arquivo, uma copa, um expurgo, um local para guardar material de limpeza dividindo o mesmo espaço com uma pequena lavanderia, sala de vacina, a sala de espera que abriga doze pessoas sentadas, uma sala de reuniões, um consultório odontológico, um consultório médico, um consultório de enfermagem, com um banheiro entre eles. A principal deficiência na estrutura da unidade é a acessibilidade para cadeirantes e deficientes, pois não existem sinais sonoros nas salas, nem placas explicativas em Braille. As redondezas do posto precisam de pavimentação, pois é circundado por barro. A equipe junto com os cuidadores ajudam a minimizar as dificuldades dos deficientes em relação á acessibilidade.

Na verdade a Equipe de Saúde da Família da Unidade é exemplar e muito unida, tanto em prol da equipe quanto da comunidade. Muitas vezes, a distância do centro, impossibilita algumas estratégias para resolver os problemas de saúde dos usuários. Assim, tenta-se solucionar o máximo de problemas que existe na área. Onde o encaminhamento torna-se necessário, este é feito de maneira correta para não dificultar ainda mais a vida dos usuários que precisam de atendimento em locais distantes. Utilizamos celulares particulares dos profissionais para contatar previamente com os locais e saber da disponibilidade de profissionais para estar encaminhando os pacientes.

A área de abrangência da USF Espaço Verde no SIAB de Junho de 2013 compreende 1940 habitantes com um total de 973 do sexo masculino e 967 do sexo feminino. Destes 27 são crianças menores de 1 ano, 119 de 1 a 4 anos, 55 de 5 a 6 anos, 93 de 7 a 9 anos, 177 de 10 a 14 anos, 184 de 15 a 19 anos, 655 de 20 a 39 anos, 223 de 40 a 49 anos, 150 de 50 a 59 anos e maiores de 60, 257 pessoas.

Há dois meses antes eram 2352 habitantes. Essa diferença é pela atualização cadastral feita pelos ACS no último mês. A unidade está com uma quantidade pequena de usuários em relação às outras USF do município, mas esta é uma área de risco e vulnerabilidade. Está acontecendo uma nova territorialização no município para melhor contemplar a população de Amargosa.

A Equipe foi escolhida para fazer um curso ministrado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que é uma oficina de acolhimento. Nesta seleção avaliou-se à forma diferenciada do atendimento da equipe. Todos os profissionais estão aptos a fazer uma escuta qualificada e a encaminhar o paciente de maneira efetiva. A enfermeira tria a sua demanda espontânea e a do médico com a ajuda das Técnicas de enfermagem e a dentista e auxiliar de saúde bucal triam os pacientes para atendimento odontológico. Caso haja necessidade de atendimento emergencial, este também é bem direcionado.

No que se refere à saúde da criança na faixa etária de 0 a 72 meses temos uma cobertura de 61% pacientes cadastrados. É um percentual satisfatório, mas poderá ser melhorado. O acompanhamento das crianças que nascem na área de abrangência é mais fácil, pois as mães já contam na rotina com o atendimento de puericultura. Este acompanhamento torna-se mais difícil é para os pacientes que migraram de outra área, até porque existe a necessidade de transferir os prontuários para o cadastramento da família e posteriormente começar com o atendimento na

USF. Em relação aos dados alimentados no caderno de ações programáticas não foi possível preencher alguns itens como: consultas em atraso, triagem auditiva, avaliação de saúde bucal e a orientação para prevenção de acidentes. Na verdade, a falta dessas informações é apenas por não ter um registro em algum local específico, por essa razão não existem esses números. Na Saúde Bucal o atendimento é feito, mas não existe o registro por faixa etária. A falta desses dados possibilita repensar a forma de registro da Unidade. Não existe um protocolo específico a ser seguido. O que há na unidade são protocolos de atendimento dos profissionais de nível superior e alguns manuais do ministério, mas não específico para cada seguimento. O monitoramento existe até porque as consultas já são agendadas e o retorno do paciente possibilita o mesmo, como existe o peso do Bolsa Família, as crianças nesse momento, passam por uma revisão dos prontuários e cartões de vacina.

As gestantes são bem assistidas na Unidade. Existe uma vez por mês o grupo de gestantes com a participação do NASF e da equipe. O atendimento a gestante pelo dentista é casado com o de enfermagem. Hoje temos 16 gestantes cadastradas na área de abrangência, dessas, 14 fizeram a avaliação da saúde bucal. O percentual estimado não condiz com a realidade do número de gestantes da área, por esse motivo o percentual de cobertura não foi de 100%. O número de gestantes cadastradas na área é de 16, o que representa 55% de acordo com o dado estimado, que corresponde a 29. De todos os dados pedidos na aba do caderno de ações os únicos que precisam ser revistos são: Avaliação de saúde bucal e o pré-natal iniciado no primeiro trimestre. O primeiro já está sendo solucionado com a ajuda da enfermeira e ACS buscando as que faltam. Já a consulta no primeiro trimestre depende de outros aspectos, pois muitas gestantes são menores e escondem a gravidez ou outras estão em gestação de risco pela idade avançada e escondem do parceiro e da família.

A Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama de mulheres é feita pela enfermeira da Unidade. Como o tema faz parte de um estudo desta profissional, ela tem local específico para registro e sempre monitora suas ações. Promove salas de espera com o tema, possui busca pelos agentes comunitários, mas os números ainda podem ser melhorados. É necessário enfatizar mais e promover grupos de mulheres para falar dos riscos do câncer de mama e colo do útero para que esse público cresça ainda mais. O número total de mulheres

acompanhadas na UBS para prevenção do Câncer do Colo Uterino é de 542 na faixa etária de 25 a 64 anos o que é superior ao número estimado na área, que é de 504, por essa razão a cobertura do programa é de 107%. O total de mulheres na faixa de idade de 50 a 69 anos residentes na área de abrangência acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de mama é de 89, o número estimado é de 161, o que corresponde a 55% de cobertura na área. Existe um prontuário específico para registro de dados, mas não tem um protocolo a ser seguido.

Usuários do programa de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) são atendidos em um dia específico uma vez por semana em um turno. Todos saem da consulta com o próximo momento agendado. A consulta de enfermagem, do médico e dentista são feitas de forma casada. A enfermeira sinaliza ao dentista a necessidade ou o interesse do usuário e assim o mesmo é contemplado com o atendimento até o procedimento concluído. Houve muitas dificuldades no preenchimento da aba do caderno de ações que se refere a esse tema, pois os dados existentes são apenas os números de hipertensos e diabéticos cadastrados. O número de diabéticos cadastrados na área é de 41, muito aquém do estimado que seria 117, por essa razão a cobertura do programa é de 35%. Já os hipertensos acima de 20 anos residentes na área correspondem a 145, diferente do número estimado de 409, o percentual de cobertura da atenção ao hipertenso na área é de 35%. Não existe um protocolo a ser seguido e a única forma de registro é a ficha de hiperdia. Nela não constam os dados para alimentar os itens pedidos na referida aba. Existe um grupo mensal de hipertensos onde toda equipe contribui com alguma informação. Ainda existe uma deficiência muito grande na assistência desse grupo e deve ser revista pela equipe. Pois na sua maioria são idosos e inspiram mais cuidados.

O mesmo se aplica aos idosos, pois o número de idosos cadastrados na área é de 53, o valor estimado é de 213, o que é correspondente ao número real de idosos na área, logo a cobertura é de 25%. Estão existindo falhas no cadastramento e captação dessa parte da população e após os relatórios já foram pensadas manobras para melhorar o atendimento do Idoso. Eles são o principal público das visitas domiciliares, mas nem assim estão sendo contemplados com o atendimento que merecem. Não existem fichas específicas, nem tão pouco um protocolo a ser seguido para o atendimento dessa parcela da população. O atendimento odontológico para este segmento é feito em qualquer dia da semana, em ambos os turnos e de forma prioritária.

1.3 Comentário Comparativo entre o primeiro texto e o Relatório da Análise situacional.

Os questionários aplicados nas semanas da Análise Situacional permitiu a equipe repensar muitos aspectos, principalmente quando não era possível preencher dados por falta de registro. A partir daí foi possível repensar algumas formas de atendimento, como exemplo da Saúde do Idoso e o Grupo de Hiperdia que não existem muitos registros. A falta de um protocolo a ser seguido nas diferentes situações de cada grupo analisado também dificulta o trabalho. A importância para a odontologia de se ter registros por faixa etária mesmo tendo bons números em relação ao que é preconizado pelo MS ficou evidente. Com muita propriedade é possível afirmar que essas semanas possibilitaram uma reavaliação no atendimento e no preenchimento de prontuários e outras formas de registro da Unidade. Em relação ao monitoramento, existem reuniões quinzenais onde são tratados todos os temas que foram abordados na Análise, mas não existe um gerenciamento, um arquivo específico para cada grupo separadamente.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O cuidado nos primeiros anos de vida de uma criança é de extrema importância para o seu desenvolvimento. As ações preventivas são direcionadas para os pais ou responsáveis no momento da puericultura e colocadas em prática em seus domicílios. As informações vão do aleitamento e alimentação saudável à orientação sobre higiene bucal e os problemas caso essas informações não sejam seguidas. É um trabalho em conjunto com toda a equipe de profissionais da USF.

A Unidade Espaço Verde é composta por cinco microáreas e uma área sem agente comunitário próxima ao posto. Sua população é de 1940 pessoas cadastradas no Programa Saúde da Família. O atendimento é feito tanto para demanda agendada quanto para a demanda espontânea. Os funcionários da equipe estão aptos a desenvolver o seu papel e todos ajudam uns aos outros para que exista o bom funcionamento da USB. São ofertados à comunidade como ações de promoção em saúde: os grupos de gestantes, idosos, adolescentes, crianças, salas de espera e atividades em escolas e creches além de mutirões para atendimento dos homens.

A faixa etária de zero a setenta e dois meses quase não faziam uso dos serviços odontológicos. A maioria era exclusivamente como demanda espontânea para prescrição de analgésicos. Para as mães e responsáveis, levar criança ao posto era o mesmo que perder um turno de trabalho, pois as crianças não permitiam fazer procedimentos e não resolvia a causa do problema. A escolha do tema “Melhoria da Saúde Bucal das Crianças de zero a setenta e dois meses” foi unânime entre os membros da equipe quando sugerido em reunião, pois todos concordaram que há dificuldade de contemplar essa parcela da população, principalmente no que se refere à conscientização dos pais e responsáveis em relação à saúde bucal.

A Melhoria da Atenção a Saúde das Crianças é importante, pois pode ajudar na orientação das mães sobre o desenvolvimento, crescimento, excesso ou déficit de peso do seu filho, a importância de amamentar e realizar o teste do pezinho com até sete dias de vida para diagnóstico precoce de possíveis doenças, a necessidade de manter em dias a caderneta de vacinação, orientação para o não uso do açúcar em leite ou suco de frutas, a importância da suplementação de ferro, caso seja necessária, o não uso da chupeta, orientação da melhor forma de higienizar a mucosa e rolete gengival das crianças sem dentes erupcionados, fazer uso de dentífrico sem flúor para crianças de zero a quatro anos, evitando a fluorose, falar sobre a cárie e como pode ser evitada, a importância dos dentes decíduos e os problemas que podem acontecer com a perda precoce dos mesmos, ofertar alimentos saudáveis às crianças e evitar àqueles que podem prejudicar a saúde bucal e se necessário fazer intervenções curativas para àquelas que precisam. Sempre que possível está orientando as mães ou responsáveis de forma individualizada, buscando entender as necessidades particulares de cada criança.

A saúde é importante para o bom desenvolvimento físico, mental e social do ser humano, pois hábitos saudáveis permitem que as crianças contraiam menos doenças, cresçam saudáveis e sendo acompanhadas rotineiramente têm mais chances de diagnóstico e cura mais previamente. Toda e qualquer enfermidade seja ela qual for impede o desenvolvimento social da criança, tanto entre os familiares quanto com os colegas da escola, pois esta é a fase em que as crianças iniciam as interações com as pessoas do meio em que vivem e crianças saudáveis tentem a se comunicar melhor.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 72 meses - Unidade de Saúde Espaço Verde, Amargosa, Bahia.

2.2.2 Objetivo Específico

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança
3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança
4. Melhorar registros das informações
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência
6. Promover a saúde

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança.

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 70%.

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Meta 5: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificada como alto risco para doenças bucais.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao Programa da Saúde da Criança.

Meta 6 : Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Meta 7: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 8: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 9: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 10: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 11: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 12: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 13: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Meta 14: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 15: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 16: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses freqüentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Concluir o tratamento odontológico em 60% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Meta 18: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Relativas ao objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 19: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde

Meta 20: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 21: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 22: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 23: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis freqüentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 24: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 25: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 26: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.2 Metodologia

Por se tratar de um projeto que visa à melhoria da assistência e acompanhamento da criança na fase pré escolar, a intervenção será desenvolvida no período de quatro meses, tendo como cenário a Unidade Básica de Saúde Espaço Verde, a Creche Gustavo Leal Sales situada no município de Amargosa, Bahia.

Participarão do projeto todas as crianças, na faixa etária de zero a 72 meses, pertencentes à área de abrangência e cadastradas na Unidade, sendo um total de 163 usuários. Será utilizado, como subsidio para a busca dessas crianças, uma lista com nomes e data de nascimento de todas na faixa de idade desejada para dar início às ações. Na seqüência será confeccionado um livro de registro, além da ficha espelho e ficha de Avaliação da Saúde Bucal do Pré-escolar Segundo Faixa Etária a fim de poder obter dados relevantes e colher o maior número de informações para o acompanhamento dos indicadores nas planilhas com mais eficácia.

Para reforçar a cobertura, será utilizado acolhimento, salas de espera na unidade para esclarecer sobre a importância da realização das ações educativas e procedimentos odontológicos, orientação dos responsáveis pelas crianças na Creche e na USB, capacitação da equipe da Unidade para facilitar o acolhimento e cadastramento das crianças. O momento da reunião de equipe será aproveitado para educação permanente, busca ativa às crianças faltosas para a realização das consultas odontológicas conforme periodicidade recomendada. Também será realizada a manutenção das informações do SIAB atualizadas, pactuação com a equipe para o registro das informações, e o responsável pelo monitoramento do registro, através do livro será realizado pela cirurgiã-dentista da unidade.

2.3.1 Ações

Para ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança:

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Antes mesmo de começar a intervenção a dentista ficará responsável em cobrar dos ACS o número de crianças cadastradas na área de abrangência. Esse momento será em reunião realizada na UBS e pactuaremos um prazo para a entrega dos nomes das crianças cadastradas e a enfermeira ficará responsável de trazer os

dados atualizados do SIAB mensal. Essa iniciativa facilitará a contemplação dessas crianças e o trabalho fluirá mais organizado e dinâmico, a partir dos dados conseguidos.

Eixo de organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento de crianças.

Haverá um turno restrito na semana para atendimento das crianças de zero a setenta e dois meses, não impedindo que haja atendimento nos outros dias. Será apenas uma maneira de organizar a demanda agendada. Para uma demanda espontânea o atendimento infantil será diário, junto com todos os pacientes. A recepcionista e a ASB ficarão responsáveis por essa organização das demandas.

Eixo de engajamento público

Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Antes do atendimento na Unidade, a dentista falará em sala de espera sobre a importância da intervenção no atendimento para crianças e as doenças bucais que acometem essa faixa de idade. Esse momento é de suma importância para tirar as dúvidas da população. Serão abordados temas diversos ligados à saúde da criança e teremos a colaboração da Fonoaudióloga e Nutricionista do NASF. A Enfermeira e os ACS também falarão sobre a importância de terem sempre a mão a caderneta da criança.

Eixo de qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, além de capacitá-los para um acolhimento mais humanizado.

A dentista ficará responsável em inteirar a equipe da importância do atendimento e trazer informações importantes para melhor qualificá-los. Capacitar a equipe para melhor acolher as mães e as crianças através de manuais propostos pelo Ministério da Saúde. Esse momento será realizado no dia da reunião de equipe na unidade e todos irão participar. Utilizando Data Show e notebook.

Para melhorar a adesão ao Programa da Saúde da Criança:

Eixo de monitoramento e avaliação

Manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade frequentadores da creche da área de abrangência da Unidade de saúde.

Manter o cadastro das crianças sempre atualizado principalmente buscando dados das que são frequentadoras da creche. A dentista ou os ACS ficarão responsáveis em manter um contato direto com a coordenação da creche para atualizar os dados sempre que houver necessidade.

Eixo de organização e gestão do serviço.

Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço.

Ao final de cada semana buscar as crianças faltosas. A lista será entregue aos ACS que se responsabilizarão em buscá-las. Dessa forma teremos como contemplar muitas crianças e evita também o desânimo dos responsáveis quando não existe a continuidade do tratamento. A ASB e a recepcionista deixarão as vagas destinadas às crianças faltosas. Após avaliar a demanda e os faltosos marcar de acordo com as necessidades. Evitando, assim a interrupção do tratamento.

Eixo de engajamento público

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Tentar enfatizar por meio de cartazes na área ou na unidade e avisos pelos ACS, que serão responsáveis pelos avisos, do dia específico para o atendimento das crianças. Para que não haja dúvidas nem faltas. Descobrir o motivo da falta da criança e pedir ao ACS que remarque para a próxima oportunidade. Porque a ausência pode ser por motivos de saúde ou outros e deve ser revisto e remanejado. Falar para os acompanhantes das crianças sobre a importância da assiduidade destas nas consultas odontológicas. Desta forma essas crianças podem ter o tratamento concluído.

Eixo de qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo, realizar cadastramento,

identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

Orientar a equipe quanto à importância de facilitar o acesso e a permanência dos responsáveis e das crianças que aguardam atendimento do dentista. Capacitar a equipe para a importância da assiduidade das crianças nas consultas odontológicas para serem multiplicadores na USF. Todos da equipe sabendo sobre a importância ajudam a disseminar as informações para outros. Pedir colaboração da equipe para ajudar nas ações que forem feitas na USF e também fora dela. Pedir agilidade para contemplar o maior número de crianças.

Para melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, déficit e excesso de peso, além da avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo, o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Esse monitoramento ficará sob a responsabilidade das técnicas de enfermagem com a supervisão da enfermeira, já que esses dados fazem parte da rotina diárias desses dois profissionais. No momento da consulta odontológica serão observadas as alterações e também será investigada por meio de anamnese, já que existirá uma maior interação entre paciente e odontólogo.

Eixo de organização e gestão dos serviços.

Pactuar com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal e elaborar uma lista de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança.

Marcar reunião com a coordenação e direção da creche para organizar o calendário de atividades educativas e o momento com os responsáveis para as orientações da Nutricionista e Fonoaudióloga, não esquecendo também de explicar o projeto de intervenção e o dia da semana que as crianças serão contempladas com o atendimento odontológico. Esse momento será na Creche e a dentista e a ASB se responsabilizarão por essa ação.

Garantir com o gestor a disponibilização de todo e qualquer material necessários realizar a intervenção.

A enfermeira ficará responsável por cobrar mensalmente da gestão a reposição de material de consumo e equipamentos (balança, antropômetro, fita métrica). Através de ofícios e comunicados internos feitos mensalmente.

Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Após avaliação com a Enfermeira ficará responsável por encaminhar para Nutricionista ou Pediatra sempre que necessário através das referências e contra-referências.

Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

A técnica de enfermagem está apta e é responsável pela realização dos pedidos de vacinas quando houver necessidade, sempre no final de cada mês ou caso falte antecipadamente.

Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

A rotina na Unidade é ter uma técnica responsável pela vacina para que todos que procurem o serviço sejam contemplados. A todo o momento tem uma vacinadora na sala de vacina para acolher a demanda. O monitoramento mensal é feito pela Enfermeira, mas todo atendimento é de responsabilidade das técnicas de enfermagem.

.

Eixo de engajamento público

Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

No momento do peso podem ser dadas essas informações, normalmente pelos ACS que estão realizando o peso e ficarão responsáveis em orientá-los. Dessa forma facilita o trabalho, pois os pais podem sinalizar os profissionais, caso haja alguma anormalidade.

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

É muito importante que os pais conheçam o período de cada vacina para não perder os prazos e as campanhas. As técnicas de enfermagem se responsabilizam pelas

orientações dos responsáveis no momento que os mesmos procurarem este serviço na Unidade, mas a responsabilidades em relação à caderneta dos filhos é dos pais.

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Essa informação pode ser passada em todo pré-natal, normamente fica a cargo da Enfermeira e esta dará as informações. Através de palestras, salas de espera, mesa redonda com os pais e responsáveis, mostrando a importância do exame e por fazê-lo logo ao nascer.

Eixo de qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

É da responsabilidade da dentista reunir a equipe em um dia de reunião para fazer uma capacitação onde a equipe aprenderá a lidar com as crianças no momento da escovação realizada na creche, Para ajudar no momento das ações realizadas fora da Unidade.

Para melhorar registros das informações:

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Esse monitoramento será feito pela enfermeira no momento das consultas de puericultura de enfermagem, médico, além dos momentos com as técnicas. Já o acompanhamento odontológico e o monitoramento posterior serão de responsabilidade da dentista.

Eixo de organização e gestão do serviço.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Mostrar para a equipe a importância de ter registros fidedignos e bem elaborados para facilitar os trabalhos. A padronização no preenchimento das fichas espelho permite que os dados sejam mais próximos da realidade. É de responsabilidade da dentista dar essas informações no momento da capacitação com a equipe.

Eixo de engajamento público

Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via.

Durante a sala de espera e também nas consultas é importante orientar a população sobre ter um arquivo com os prontuários de cada paciente e caso o paciente necessite para alguma constatação ou dúvida deve ser fornecido ao mesmo. É um documento que deve ser arquivado cuidadosamente. Essas orientações podem ser dadas por qualquer profissional da equipe.

Eixo de qualificação da prática clínica**Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.**

É importante o treinamento da equipe para que os dados sejam os mais próximos da realidade e que sejam preenchidos de maneira parecida pelos diferentes profissionais. No momento da capacitação da equipe feita pela dentista pode ser reservado um tempo para o preenchimento da ficha espelho em conjunto.

Para mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangênciaEixo de monitoramento e avaliação**Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.**

Esse monitoramento será feito com a técnica de enfermagem e com a enfermeira, já que esses dados fazem parte da rotina diárias desses dois profissionais. No momento da consulta odontológica serão observadas as alterações e também será investigada por meio de anamnese, já que existirá uma maior interação entre paciente e odontólogo.

Eixo de organização e gestão do serviço**Priorizar o atendimento das crianças de alto risco a partir da identificação na ficha espelho.**

A prioridade no atendimento de cada criança de alto risco será dada pela recepcionista, pois ela será orientada pelos profissionais de nível superior a identificar a criança e encaminhá-la sem demora.

Eixo de engajamento público

Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Essas orientações podem ser dadas no momento das salas de espera e de responsabilidade dos ACS supervisionados pela enfermeira.

Eixo de qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Para orientar a população é preciso entender, conhecer para que seja possível identificar os fatores de risco. E a capacitação da equipe será importante para este conhecimento. A enfermeira poderá ser responsável em ministrar essa capacitação.

Para promover saúde

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar as ações coletivas de escovação feitas em crianças com o nome de cada uma delas.

Existe no município um impresso para atividade educativa onde colocamos os nomes dos participantes, este será feito em duas vias. Será preenchida pela ASB, mas o monitoramento dos dados será de responsabilidade da dentista. .

Monitorar as atividades educativas, através da agenda semanal e também pelos registros feitos no momento da atividade. A organização facilitará bastante o trabalho e evitarão dados equivocados.

Eixo de organização e gestão do serviço

Organizar todo material necessário para essas atividades.

Cobrar da Gestão o material de consumo e as escovas necessárias para a ação coletiva, através de COMUNICAÇÃO INTERNA e pela lista de pedidos mensais. Deixá-los cientes da intervenção, mostrar a importância da parceria entre profissional e gestão para concretizar as ações e atingir as metas. Garantir com a gestão que não falte material de consumo para o atendimento das crianças, explicando a importância da intervenção.

Eixo de engajamento público

Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

Orientar as professoras a enviar comunicados para as mães dizendo que haverá escovação supervisionada e que as crianças devem comparecer à escola. Pedir que a nutricionista do NASF participasse da sala de espera junto com a dentista sempre que possível. Esclarecer à comunidade sobre a importância de manter os dentes decíduos, falando das consequências da perda precoce dos dentes. Falar sobre higiene bucal em atividades com a comunidade, utilizando linguagem clara e exemplos práticos e do cotidiano para serem facilmente entendidos. Buscar junto ao NASF apoio para as atividades educativas referentes ao tema. Principalmente com a nutricionista e fonoaudióloga, essas abordagens serão feitas de forma descontraída para prender a atenção dos ouvintes.

Eixo de qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe sobre as ações preventivas para combater a cárie.

O momento será feito no final da reunião utilizando o Caderno de Saúde Bucal n. 17 do Ministério da Saúde. Os funcionários passarão a entender e ajudarão a nortear e acolher a demanda quando forem requisitados. Será de responsabilidade da dentista.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 70%.

Indicador 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Indicador 2: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Indicador 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificada como alto risco para doenças bucais.

Indicador 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradoras da área de abrangência.

Meta 5 : Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas à consulta.

Indicador 5: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Meta 6: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Indicador 6: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Meta 7: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 7: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8: Monitorar o déficit de peso em 100% das crianças.

Indicador 8: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

Meta 9: Monitorar o excesso de peso em 100% das crianças.

Indicador 9: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

Meta 10: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 10: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 11: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Numerador: Número de crianças com vacinas em dia para a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 12: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 12: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 06 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 13: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 13: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida.

Indicador 14: Proporção de crianças com teste do pezinho até 07 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 07 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 15: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Concluir o tratamento odontológico em 60% das crianças entre 06 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 16: Proporção de crianças de 06 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 06 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta 17: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 17: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de fichas- espelho com registro adequado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 18: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 19: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 20: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 21: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 21: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 22: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 23: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de zero a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre zero e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Meta 24: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 24: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 25: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 25: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção será utilizada as orientações dos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17 (BRASIL, 2008), n.º11 (BRASIL, 2002) e n.º 33 (BRASIL, 2012).

Será agendado um momento inicial com os coordenadores de Saúde Bucal e da Atenção Básica, este momento será de grande relevância, pois os gestores passaram a entender como funcionará a dinâmica da intervenção e consequentemente ficará acordado que a mesma dará todo suporte no que for necessário para a realização do projeto. A exemplo dos materiais de consumo, impressos e manutenção preventiva dos equipamentos. A coordenação também disponibilizará todas as cópias dos impressos da ficha espelho. Para as ações coletivas serão utilizados os impressos do município e para fins de monitoramento serão duplicados com papel carbono.

Haverá um momento de negociação com a Dentista da USF Catiara I para que as ações coletivas sejam destinadas às crianças desta área e também do território onde se localiza a USF Espaço Verde e no momento do atendimento clínico existirá o encaminhamento para as USF correspondentes, mas só serão coletados os dados dos atendimentos realizados na USF Espaço Verde. Ficarão a cargo dos ACS entregar as listas de crianças cadastradas no Programa e identificar quais dessas crianças são frequentadoras da Creche Gustavo Leal Sales, para inserir as crianças da área no Projeto e encaminhar as do outro território para a dentista da Unidade de Referência. Os ACS terão como atribuições avisar na área sobre o atendimento com dia e turno específico para crianças, não inviabilizando qualquer outro momento que esta demanda necessite de atendimento, mas desta forma organizará esta parcela da população. Eles ajudarão também no preenchimento e monitoramento da caderneta da criança no que se refere às curvas de crescimento, desenvolvimento, déficit e excesso de peso. Já as Técnicas de Enfermagem ficarão responsáveis pelos dados vacinais e teste do pezinho, pois alimentarão a ficha

espelho enquanto a Enfermeira monitorará tanto o trabalho das Técnicas quanto o dos ACS, mas também registrará os dados referentes aos atendimentos de puericultura. Da mesma maneira o médico registrará os atendimentos das crianças desta faixa de idade na ficha espelho.

O NASF será convidado a participar das ações coletivas realizadas para as mães das crianças frequentadoras da creche e também em momentos como sala de espera. A Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ajudará no acolhimento das crianças e mães junto com a recepcionista no momento da chegada a USF, preencherá os dados necessários para o monitoramento e o cabeçalho das fichas espelho, além de participar ativamente das ações coletivas ajudando na escovação supervisionada e organizando as crianças no momento das atividades educativas.

Também serão solicitados encontros com os pais nas reuniões de pais e mestres da creche. Quando as ações forem feitas na unidade serão como sala de espera, pois não existe um local específico para a realização de palestras. Caso as crianças não frequentem a creche da área será preciso solicitar a presença delas na unidade para fazer as ações necessárias, estas serão captadas no momento do peso feito pelos ACS e também avisadas por eles.

O monitoramento será feito semanalmente examinando os prontuários e a lista com os nomes das crianças, caso exista faltosos os ACS buscarão e serão marcados os retornos. Serão dez atendimentos de crianças sendo sete vagas agendadas e três para os faltosos, caso haja demanda espontânea serão incluídas no atendimento diário.

A capacitação da equipe será feita no final da reunião de equipe que acontece quinzenalmente na própria unidade de saúde, será utilizado como referência **Cadernos de Atenção Básica - n.º 17 Saúde Bucal, 2008, n.º 11 Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, 2002, n. 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, 2012.** Será solicitado o data show para explanar o conteúdo, que acontecerá inicialmente em um encontro antes de iniciar o projeto, caso seja necessário poderá ser organizado um novo momento.

2.3.4 Cronograma

Atividades	1º mês			
	1	2	3	4

	semana	semana	semana	semana
Capacitação dos profissionais da USB utilizando os Cadernos de Atenção Básica nº11, nº17, nº33.				
Buscar junto aos ACS o número de crianças cadastradas na área de abrangência.				
Ter Acesso a todas as crianças que nascerem que passam pela Enfermeira.				
Monitoramento de cadastros das crianças, Atividades Educativas e Ações Coletivas de Escovação				
Buscar por meio de exames clínicos em creches ou até na área as crianças classificadas como alto risco para doenças bucais.				
Busca ativa de crianças faltosas pelos ACS				
Registro de orientação aos responsáveis em prontuário				
Registro de Atividades Educativas				
Atendimento semanal exclusivo para criança.				
Fazer um cronograma junto com a coordenação da Creche e com os ACS o melhor momento para fazer os exames nas crianças.				
Cobrar da gestão o material de consumo e as escovas necessárias para as ações coletivas, além de equipamentos necessários para realizar a intervenção.				
Orientação individual em consultório.				
Convidar o NASF para fazer orientação nas escolas ou creches.				
Fazer Salas de Espera				
Atividades Educativas na área de abrangência				
Orientar a equipe sobre a importância da intervenção e a necessidade da participação de todos.				
Reuniões para cobrar dos agentes a busca das crianças faltosas				
Buscar parceria com a equipe no momento dos exames e atividades fora da USB				

Atividades	2º mês			
	5 semana	6 semana	7 semana	8 semana
Capacitação dos profissionais da USB utilizando os Cadernos de Atenção Básica nº11, nº17, nº33.				
Buscar junto aos ACS o número de crianças cadastradas na área de abrangência.				
Ter Acesso a todas as crianças que nascerem que passam pela Enfermeira.				
Monitoramento de cadastros das crianças, Atividades Educativas e Ações Coletivas de Escovação				
Buscar por meio de exames clínicos em creches ou				

até na área as crianças classificadas como alto risco para doenças bucais.				
Busca ativa de crianças faltosas pelos ACS				
Registro de orientação aos responsáveis em prontuário				
Registro de Atividades Educativas				
Atendimento semanal exclusivo para criança.				
Fazer um cronograma junto com a coordenação da Creche e com os ACS o melhor momento para fazer os exames nas crianças.				
Cobrar da gestão o material de consumo e as escovas necessárias para as ações coletivas, além de equipamentos necessários para realizar a intervenção.				
Orientação individual em consultório.				
Convidar o NASF para fazer orientação nas escolas ou creches.				
Fazer Salas de Espera				
Atividades Educativas na área de abrangência				
Orientar a equipe sobre a importância da intervenção e a necessidade da participação de todos.				
Reuniões para cobrar dos agentes a busca das crianças faltosas				
Buscar parceria com a equipe no momento dos exames e atividades fora da USB				

Atividades	3º mês			
	9 semana	10 semana	11 semana	12 semana
Capacitação dos profissionais da USB utilizando os Cadernos de Atenção Básica nº11, nº17, nº33.				
Buscar junto aos ACS o número de crianças cadastradas na área de abrangência.				
Ter Acesso a todas as crianças que nascerem que passam pela Enfermeira.				
Monitoramento de cadastros das crianças, Atividades Educativas e Ações Coletivas de Escovação				
Buscar por meio de exames clínicos em creches ou até na área as crianças classificadas como alto risco para doenças bucais.				
Busca ativa de crianças faltosas pelos ACS				
Registro de orientação aos responsáveis em prontuário				
Registro de Atividades Educativas				
Atendimento semanal exclusivo para criança.				
Fazer um cronograma junto com a coordenação da				

Creche e com os ACS o melhor momento para fazer os exames nas crianças.				
Cobrar da gestão o material de consumo e as escovas necessárias para as ações coletivas, além de equipamentos necessários para realizar a intervenção.				
Orientação individual em consultório.				
Convidar o NASF para fazer orientação nas escolas ou creches.				
Fazer Salas de Espera				
Atividades Educativas na área de abrangência				
Orientar a equipe sobre a importância da intervenção e a necessidade da participação de todos.				
Reuniões para cobrar dos agentes a busca das crianças faltosas				
Buscar parceria com a equipe no momento dos exames e atividades fora da USB				

Atividades	4º mês			
	13 semana	14 semana	15 semana	16 semana
Capacitação dos profissionais da USB utilizando os Cadernos de Atenção Básica nº11, nº17, nº33.				
Buscar junto aos ACS o número de crianças cadastradas na área de abrangência.				
Ter Acesso a todas as crianças que nascerem que passam pela Enfermeira.				
Monitoramento de cadastros das crianças, Atividades Educativas e Ações Coletivas de Escovação				
Buscar por meio de exames clínicos em creches ou até na área as crianças classificadas como alto risco para doenças bucais.				
Busca ativa de crianças faltosas pelos ACS				
Registro de orientação aos responsáveis em prontuário				
Registro de Atividades Educativas				
Atendimento semanal exclusivo para criança.				
Fazer um cronograma junto com a coordenação da Creche e com os ACS o melhor momento para fazer os exames nas crianças.				
Cobrar da gestão o material de consumo e as escovas necessárias para as ações coletivas, além de equipamentos necessários para realizar a intervenção.				
Orientação individual em consultório.				
Convidar o NASF para fazer orientação nas escolas ou creches.				

Fazer Salas de Espera				
Atividades Educativas na área de abrangência				
Orientar a equipe sobre a importância da intervenção e a necessidade da participação de todos.				
Reuniões para cobrar dos agentes a busca das crianças faltosas				
Buscar parceria com a equipe no momento dos exames e atividades fora da USB				

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

A intervenção realizada na Unidade de Saúde da Família Espaço Verde Catiara em Amargosa-Ba, com crianças de zero a setenta e dois meses, foi concluído. O número de crianças nessa faixa de idade pertencente à área de abrangência é de 190. Foi possível fazer 129 atendimentos e destes, 110 foram realizados utilizando a ficha espelho proposta pelo curso, contemplando uma quantidade significativa dessa parcela da comunidade. (FIGURA 3)



Figura 3: Atendimento de rotina na unidade

Antes mesmo de começar os atendimentos para a intervenção foi realizada uma reunião de Equipe e nela feita a capacitação de acordo com o Caderno de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, dando ênfase aos problemas bucais que acometem a faixa etária determinada e a humanização no acolhimento das crianças

e dos seus responsáveis. Foram esclarecidas várias dúvidas sobre a intervenção e quais seriam as melhorias para a população da área. Serviu também para solicitar aos agentes comunitários a lista de crianças com a faixa etária proposta, foi definido o dia e turno fixo para o atendimento, todos da equipe se mostraram solícitos em ajudar a desenvolver o trabalho. Como já é rotina da Unidade todo o final do mês tem o consolidado para resolver as pendências da área e nesse momento são atualizados e monitorados os cadastros dessas crianças. A revisão e monitoramento das fichas espelho e dos prontuários das crianças eram feitos sempre no final de cada atendimento, todos atualizados com frequência.

Muitas das ações pactuadas para o desenvolvimento do projeto já fazia parte da rotina da unidade, o monitoramento do déficit e excesso de peso, desenvolvimento das crianças, isso apenas para as crianças de até dois anos de idade. O monitoramento das cadernetas de vacina também já é rotina. Na Unidade existem todos os equipamentos para realizar as medidas antropométricas. Os materiais de consumo necessários para realizar as atividades coletivas e também os procedimentos invasivos em consultório também foram disponibilizados pela gestão. Após o último atendimento do pré-natal a Enfermeira fala sobre tudo o que deve ser feito após o nascimento da criança, inclusive sobre as vacinas, o teste do pezinho com até sete dias e a importância da amamentar. E quando a mesma retorna a unidade com o bebê todas as orientações de higiene bucal, amamentação e limpeza do bebê são dadas.

A parceria com a Creche Gustavo Leal Sales foi muito válida, pois o cronograma da escola foi adaptado à necessidade das ações em saúde da Equipe de Saúde Bucal. A busca ativa foi feita pela coordenação da creche reforçando com avisos para as crianças que não compareciam as consultas. Além falar para os pais sobre a importância do projeto para as crianças e também para a comunidade. Foram realizados momentos de escovação supervisionada, como atividade educativa, foi utilizado vídeo educativo e teatrinho com fantoche. Os exames clínicos realizados na creche davam a possibilidade de priorizar as crianças com alto risco de cárie, sendo as primeiras a receber os cuidados (FIGURA 4).



Figura 4: Ação coletiva na creche

A parceria com o NASF possibilitou realizar uma reunião com os pais e responsáveis pelas crianças da Creche Gustavo Leal Sales, compareceram a nutricionista, a fonoaudióloga, a enfermeira e a dentista. Foi um momento muito rico e permitiu muitas trocas de informações (FIGURA 5).



Figura 5: Ação coletiva na creche, com pais e responsáveis pelas crianças

Todos os responsáveis pelas crianças tinham orientação individualizada em consultório e antes de começar o atendimento eram realizadas sala de espera, enfatizando a importância da intervenção, os problemas que acometem as crianças ao perder os dentes precocemente, a assiduidade e pontualidade para desenvolver

um bom trabalho, os acidentes na infância, mas tudo isso ainda era reforçado dentro do consultório de maneira individualizada.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Não foi possível fazer visitas domiciliares para contemplar as crianças faltosas, já que os ACS tinham outras atribuições e o carro utilizado nas visitas só estava disponível um dia em um turno por semana, por isso ficou a cargo da Creche auxiliar nessas questões. A maioria das crianças atendidas não fez o teste da orelhinha, pois o município não dispõe desse profissional para fazê-lo. O acompanhamento integral das crianças, as medidas antropométricas só eram feitas até os dois anos de idade, após isso só se fossem solicitadas pelo médico ou enfermeira. Podem existir algumas crianças com baixo peso na área e até que foram atendidas por outros profissionais na Unidade, mas pelo dentista só foram atendidas duas crianças. Algumas mães relatavam que seus filhos tiveram baixo peso mais que recuperaram posteriormente. Não foi possível realizar outra reunião com uma equipe multiprofissional, pois a nutricionista do NASF tinha outras atividades e não tinha horário disponível e a fonoaudióloga foi desligada do município.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.

A maior dificuldade na sistematização dos dados foi em relação a proporção de crianças com excesso e déficit de peso monitoradas, pois não houve atendimento de crianças com excesso e a dificuldade foi em registrar o código. O mesmo aconteceu no início da intervenção quando ainda não havia atendimento de crianças com baixo peso, só foi possível registrar nos dois últimos meses, pois foi quando surgiram.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

Como já foi dito anteriormente, muitas ações já são desenvolvidas como rotina na puericultura. Será mantido o dia do atendimento às crianças, a parceria com a Creche ficou mais sólida e assim será mais fácil desenvolver trabalhos

interdisciplinares. As salas de Espera continuarão acontecendo como forma de orientar e informar a população, os retornos das crianças para o atendimento serão marcados ao final de cada atendimento. A agenda será compartilhada entre médico, dentista e enfermeira.

O mais importante dessa Intervenção é realmente dar continuidade ao trabalho, pois as melhorias já estão sendo percebidas na comunidade e principalmente na creche, o objetivo do projeto foi alcançado com êxito e com certeza a comunidade ganhou muito com tudo isso. O crescimento profissional e pessoal após desenvolver um trabalho como esse é algo que não dá para descrever, porque é real, palpável e deve ser vivido. Uma intervenção na comunidade é a melhor forma de criar vínculos e ainda mais com as crianças, pois acaba envolvendo toda família. Se essa é a proposta da Especialização em Saúde da Família, esta foi contemplada com êxito (FIGURA 6).



Figura 6: Atendimento individualizado no consultório odontológico

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A Intervenção foi realizada para melhorar a atenção às crianças na faixa etária de zero a setenta e dois meses. Na área de abrangência, onde está localizada a Unidade de Saúde da Família Espaço Verde, existem 190 crianças cadastradas com essa faixa de idade. Dessas, foram atendidas um total de 129 crianças, o que corresponde a mais de 67,9% do total. De todas as crianças atendidas, 110 crianças foram avaliadas utilizando a ficha espelho. O equivalente a 19 crianças menores de 6 meses, 14 crianças de 6 à 18 meses e 79 crianças de 19 à 72 meses. Os atendimentos foram realizados a partir do peso mensal feito pelos Agentes Comunitários às crianças de até dois anos e também após atividades educativas e avaliações clínicas realizadas na Creche Gustavo Leal Sales, que fica próxima a UBS.

1. Objetivo Específico- Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

1.1 Meta- Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e setenta e dois meses da unidade saúde para 70%.

Indicador- Proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses inscritas no programa da unidade de saúde.

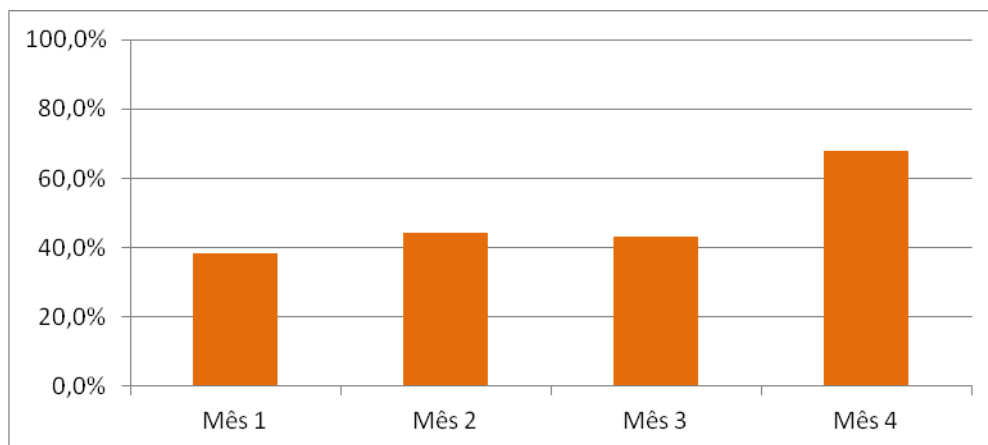


Figura 7: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde

Não foi possível chegar ao percentual de 70% na cobertura de crianças entre zero e setenta e dois meses, pois no início da Intervenção, o número de crianças que comparecia ao atendimento era relativamente pequeno, pois nos dois primeiros meses os Agentes Comunitários entraram de férias e não foi possível fazer buscas em grande quantidade nem avisar na área de abrangência sobre a Intervenção com um dia específico para essa faixa de idade. Com o retorno das aulas e após retomar as atividades foi possível, com a ajuda da coordenação da creche, trazer uma maior quantidade de crianças e aumentar o percentual para quase alcançar o esperado, sendo possível chegar mais de 60% no quarto mês. No primeiro mês das 190 crianças pertencentes à área de abrangência 73 delas estão inscritas no Programa de Saúde da Criança (38,4%), no segundo mês 84 (44,2%) das 190, aconteceu uma queda no terceiro mês 82 (43,2%) das 190 e no último mês chegou a 129 (67,9%) das 190.

1.2 Meta- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

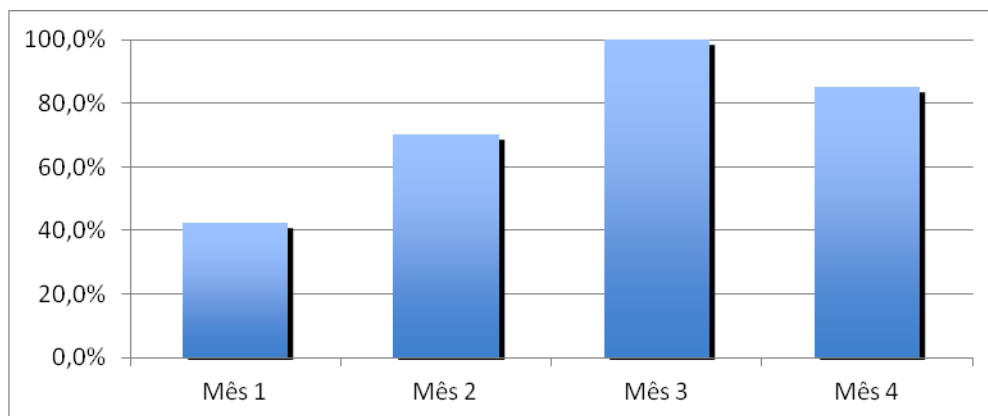


Figura 8: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Durante os atendimentos das crianças, foram feitas as orientações individuais dos responsáveis e foi possível saber se as crianças passaram por atendimento na primeira semana de vida, como muitas foram atendidas por profissionais de outras áreas esse questionamento não foi feito, logo não existiu registro. Sendo assim o primeiro mês 31 crianças inscritas no programa com primeira consulta na primeira semana de vida de um total de 73 crianças inscritas no programa e pertencentes à área da USB (42,5%), no segundo mês houve uma melhora, 59 crianças das 84 (70,2%). No terceiro mês quando todos os profissionais já estavam capacitados foi possível chegar 82 crianças inscritas no programa com primeira consulta na primeira semana de vida de um total de 82 crianças inscritas chegando a (100%), o que não ocorreu no último mês, pois de 110 crianças com primeira consulta na primeira semana de vida de um total de 129, reduzindo esse valor para 85,3%.

1.3 Meta-Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência.

Indicador- Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

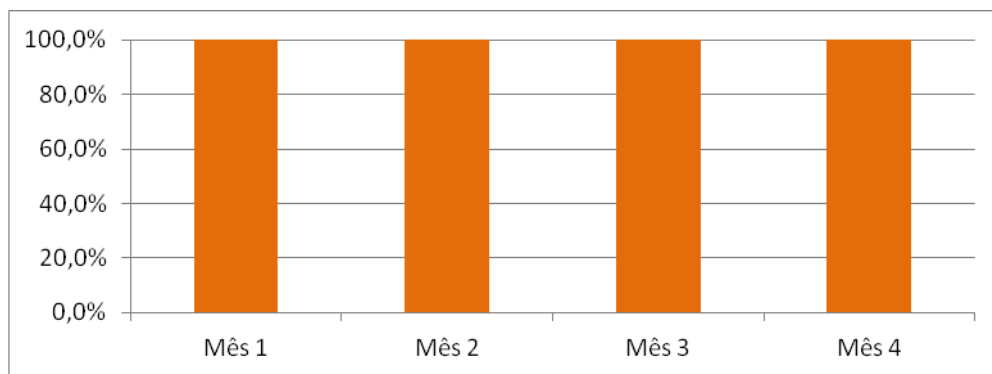


Figura 9: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Todas as crianças atendidas que frequentam a creche foram avaliadas e os atendimentos priorizados a partir da classificação de risco à cárie e doenças bucais. Os exames foram realizados logo após escovação supervisionada e em seguida eram agendadas de acordo com a necessidade. Aquelas com alto risco foram marcadas primeiro. Com a colaboração da Creche foi possível ter 100% em todos os meses. Como foi uma atividade exitosa será mantida e certamente acontecerá novamente no segundo semestre. Antes da intervenção as crianças já passavam por avaliações semestrais e era possível observar um grande número delas com alto risco, mas nesta última avaliação o número reduziu muito e na sala das crianças menores todas estavam com boa saúde bucal. No primeiro mês 18 crianças de 6 a 72 meses que participaram de ações coletivas de exame bucal de um total de 18 que frequentam a creche na mesma faixa de idade (100%), no segundo mês 35 do total de 35 (100%), no terceiro mês 47 dos 47 (100%), no último mês 64 do total de 64 (100%).

1.4 Meta- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Indicador- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

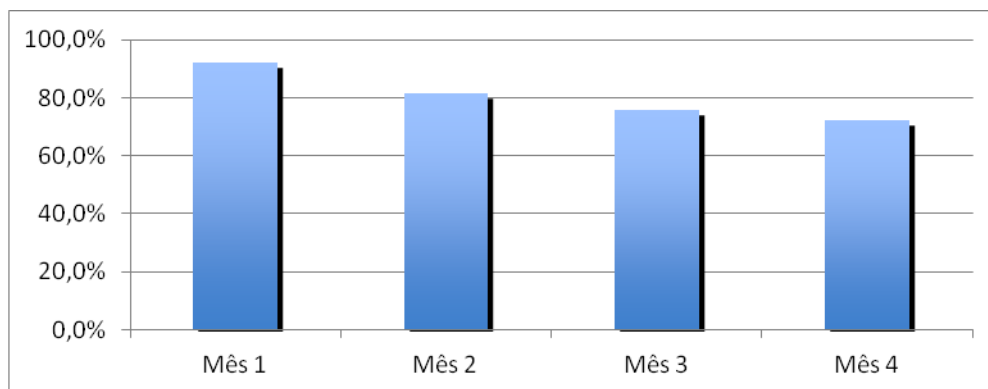


Figura 10: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Como não existia um dia específico para essa faixa de idade e não havia a preocupação das mães em cuidar da saúde bucal dessas crianças, com a intervenção a procura foi maior e houve um aumento no número de primeira consulta. Como existem crianças que foram atendidas como urgência e outras remarcadas, esse percentual tem uma tendência natural a diminuir, já que algumas crianças precisam dar continuidade ao tratamento. Justificando o declínio em relação aos números de primeira consulta. Começou no primeiro mês de um total de 25 crianças pertencentes à área de abrangência 23 delas com a faixa de idade de 6 a 72 meses realizaram a primeira consulta (92%) e diminuiu nos meses seguintes respectivamente, 40 de um total de 49 (81,6%), 53 de 70 (75,7%), 68 de 94 (72,3%).

1.5 Meta- Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 60% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

Indicador- Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

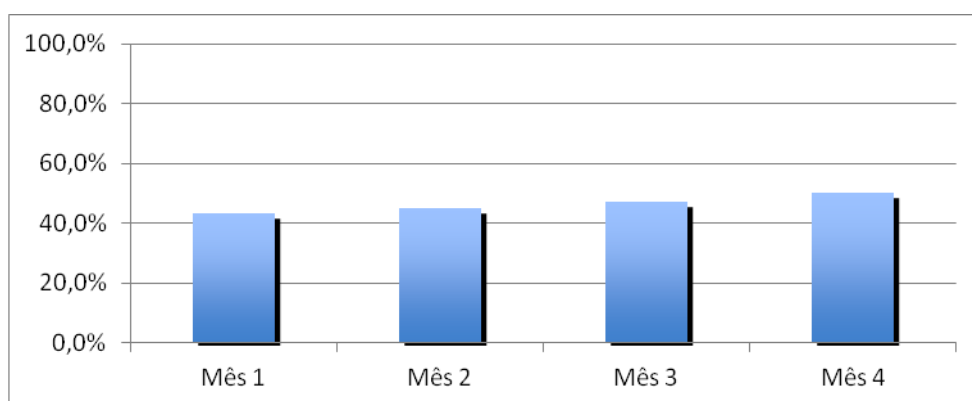


Figura 11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Antes da Intervenção não existia nenhuma forma de registro das crianças com alto risco para doenças bucais, as crianças passavam por uma avaliação sem muito critério. Durante as ações coletivas eram anotadas as observações contendo o número de cáries, necessidades de exodontias, gengivites e excesso de placas bacterianas. O material impresso disponibilizado pelo curso facilitou muito a avaliação. Com a planilha e ficha espelho para fazer os registros, foi possível fazer a avaliação na primeira consulta. No primeiro mês 10 crianças de 6 a 72 meses estavam com alto risco de saúde bucal de um total de 23 crianças pertencentes a área de abrangência que realizaram a primeira consulta (43,5%), no segundo mês 18 de um total de 40 (45%), no terceiro mês 25 crianças de um total de 53 (47,2%) e no último mês 34 crianças de 68 (50%), distante do esperado que seria 60%.

2. Objetivo Específico- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança **2.1 Meta-** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador- Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

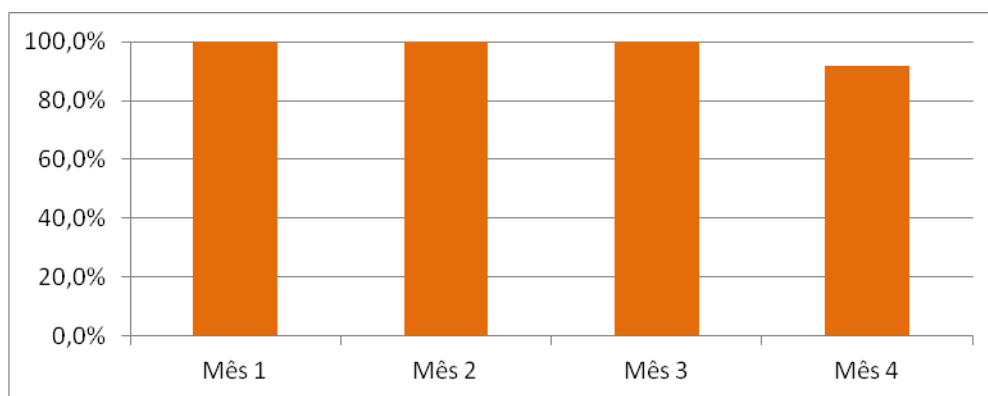


Figura 12: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

A busca ativa não foi realizada com muita eficiência por parte dos Agentes Comunitários, já que os mesmos encontravam-se sobrecarregados com outras atividades. O carro para fazer visitas domiciliares como estratégia das buscas não foi possível, pois só estava disponível um dia na semana e em um turno, não podendo comprometer as visitas agendadas. A dificuldade foi vencida com a ajuda da própria comunidade. Quando um vizinho, morador próximo da criança faltosa ia à UBS era dado o recado e o responsável ia fazer o agendamento. Nos três primeiros meses foram feitas as buscas de todos os faltosos e no último mês só faltou uma criança. O percentual foi máximo nos três primeiros meses (100%), no mês um foram 2 crianças faltosas e as mesmas foram buscadas, no mês dois das 6 crianças faltosas

6 foram buscadas, no mês três das 8 crianças 8 foram buscadas e no último mês das 12 crianças faltosas 11 foram buscadas, havendo um declínio no último mês para 91,7%.

2.2 Meta- Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Indicador- Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

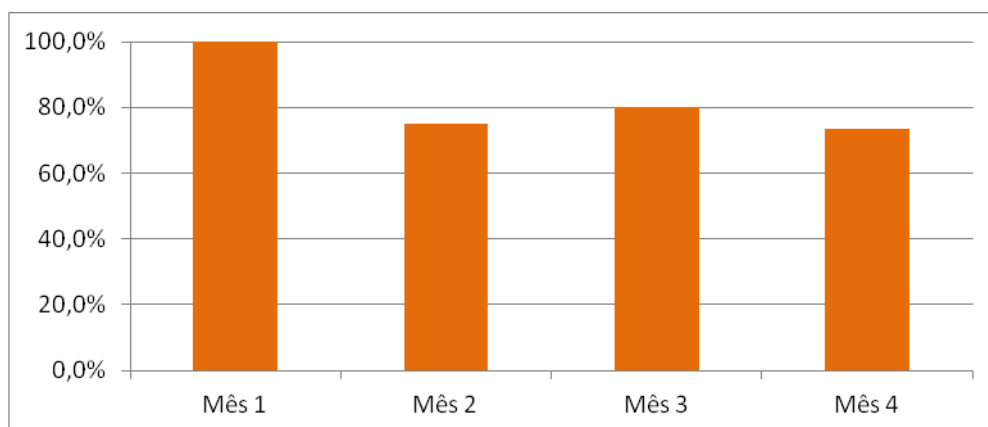


Figura 13: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

A busca ativa, que poderia ser feito com a ajuda dos ACS, aconteceu, mas não como esperado. Na realidade, os dois meses que iniciavam a intervenção, foi o período em que os agentes estavam de férias, no primeiro mês 3 deles se ausentaram e no segundo mês 2, então foi preciso procurar estratégias. Os avisos chegavam aos responsáveis através de vizinhos ou alguém da área que frequentava a Unidade, quando a Creche retornou com as atividades, foi possível deixar a cargo da coordenação a busca pelas crianças faltosas. No primeiro mês duas crianças faltosas foram buscadas, no segundo mês oito crianças faltaram e seis foram buscadas, no terceiro mês de dez, oito compareceram e no último de quinze faltosas onze compareceram, havendo uma oscilação mês a mês. Primeiro mês de 2 consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na USB faltosos na consulta odontológica sendo que 2 buscas foram realizadas correspondendo a 100%, no segundo mês de um total de 8 com consultas não realizadas 6 foram buscadas (75%), de um total de 10 crianças com consultas não realizadas 8 foram buscadas (80%), no quarto mês das 15 crianças que não fizeram a consulta 11 foram buscadas (73,3%).

3. Objetivo Específico- Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

3.1 Meta- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador- Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

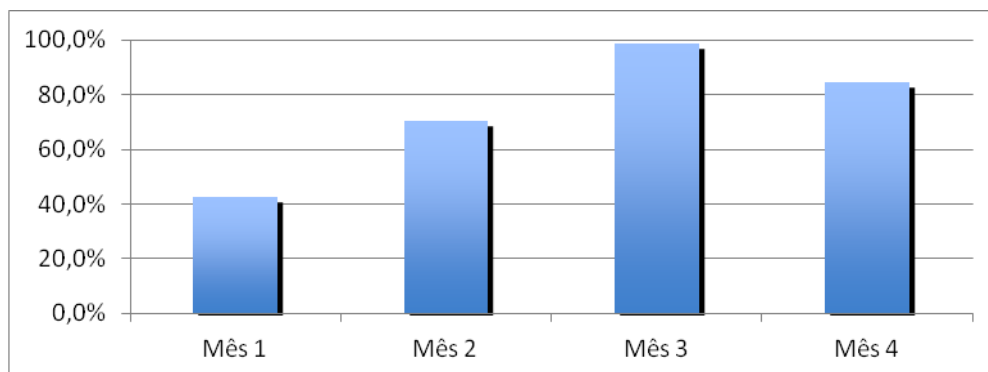


Figura 14: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

O monitoramento do crescimento da criança só é feito mensalmente até os trinta e cinco meses, após essa idade só é feito caso a enfermeira ou o médico façam as solicitações. O aumento no número dos percentuais está ligado à procura dos responsáveis por esse monitoramento e com a intervenção outras crianças com idade superior a 36 meses passaram a fazê-lo. Do total de 73 crianças pertencentes à área de abrangência 31 foram monitoradas no primeiro mês (42,5%), das 84 crianças monitoradas 59 passaram pela avaliação de desenvolvimento no segundo mês (70,2%), das 82 crianças 81 foram avaliadas no terceiro mês (98,8%), do total de 129 crianças 109 foram avaliadas no último mês (84,5%).

3.2 Meta- Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador- Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

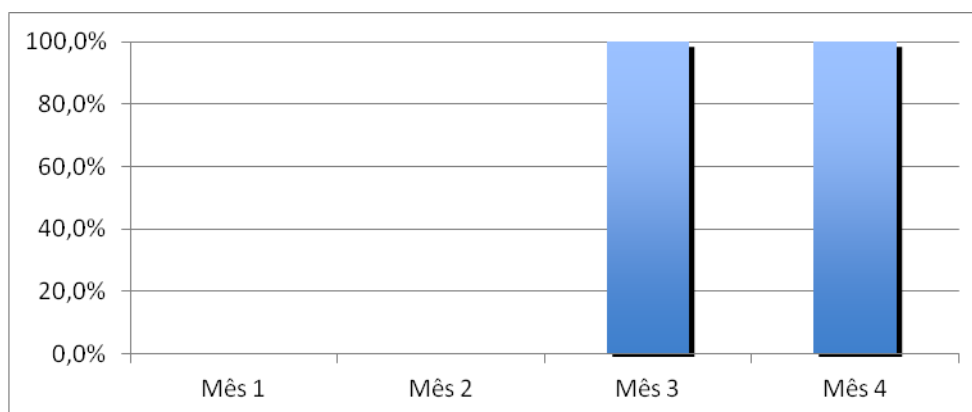


Figura 15: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Nos dois primeiros meses da intervenção não compareceram para consulta odontológica as crianças com baixo peso, só nos dois últimos meses compareceram duas e ambas foram registradas. Caso tenha sido atendidas crianças com déficit de peso na UBS não houve registro por outros profissionais, por essa razão, nos dois primeiros meses não houveram dados para serem registrados e nos dois últimos apenas uma criança e duas respectivamente no terceiro e quarto mês da intervenção. Correspondendo a 100% nos dois últimos meses, pois no terceiro mês apenas 1 criança estava monitorada com baixo peso de um total de 1 criança com déficit de peso inscritas no programa. No ultimo mês 2 crianças tiveram um monitoramento do déficit de peso de um total de 2 crianças cadastradas com baixo peso inscritas no programa.

3.3 Meta- Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador- Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

Em nenhum momento houve crianças com excesso de peso para atendimento odontológico. Não houve registro dos colegas em relação às crianças com excesso de peso. Por essa razão não existem dados para análise de gráficos.

3.4 Meta- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador- Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

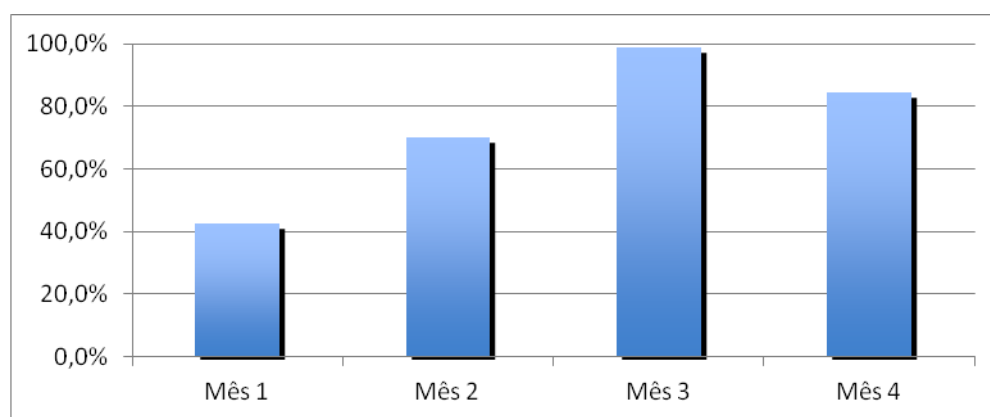


Figura 16: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

O monitoramento do crescimento da criança só é feito mensalmente até os trinta e cinco meses, após essa idade só é feito caso a enfermeira ou o médico façam as solicitações. O aumento no número dos percentuais está ligado à procura dos responsáveis por esse monitoramento e com a intervenção outras crianças com idade superior a 36 meses passaram a fazê-lo. Do total de 73 crianças pertencentes

à área de abrangência 31 foram monitoradas no primeiro mês (42,5%), das 84 crianças monitoradas 59 passaram pela avaliação de desenvolvimento no segundo mês (70,2%), das 82 crianças 81 foram avaliadas no terceiro mês (98,8%), do total de 129 crianças 109 foram avaliadas no último mês (84,5%).

3.5 Meta- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador- Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

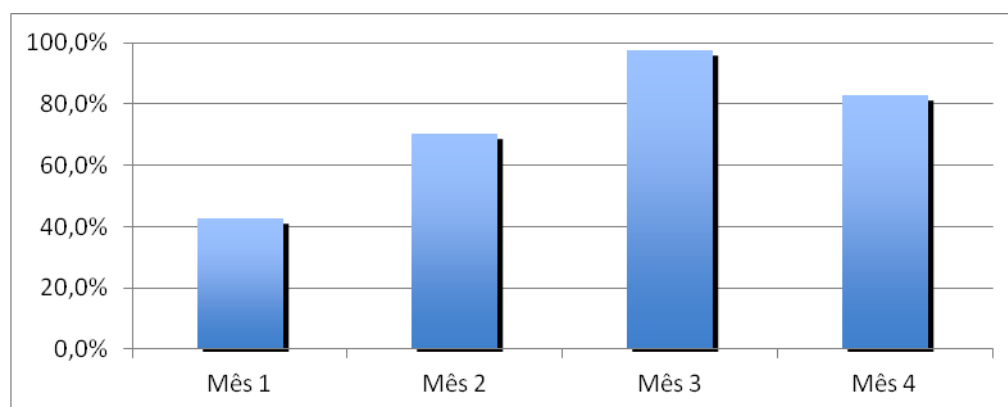


Figura 17: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

A vacinação e o monitoramento da caderneta são feitos rotineiramente na unidade, principalmente em atendimento de puericultura, campanhas de vacinação, no dia do peso do Bolsa Família. Com a Intervenção foi incluído também na rotina do cirurgião dentista acompanhar e monitorar esses pacientes. Como o registro desse monitoramento não foi feito pelos outros colegas da equipe ao atender as crianças no primeiro mês o percentual foi baixo 42,5%, 31 crianças com vacinas em dia de um total de 73 cadastradas no programa, o que não corresponde à realidade. Após as instruções dadas e os registros feitos os percentuais foram crescentes nos dois meses seguintes 70,2%, 59 crianças com vacina em dia de um total de 84 cadastradas no programa e 97,6%, 80 crianças vacinadas de um total de 82, havendo um declínio no último mês, pois de 129 crianças cadastradas no programa de saúde da criança 107 foram vacinadas (82,9%), pois uma técnica de enfermagem estava de férias.

3.6 Meta- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador- Proporção de crianças com suplementação de ferro.

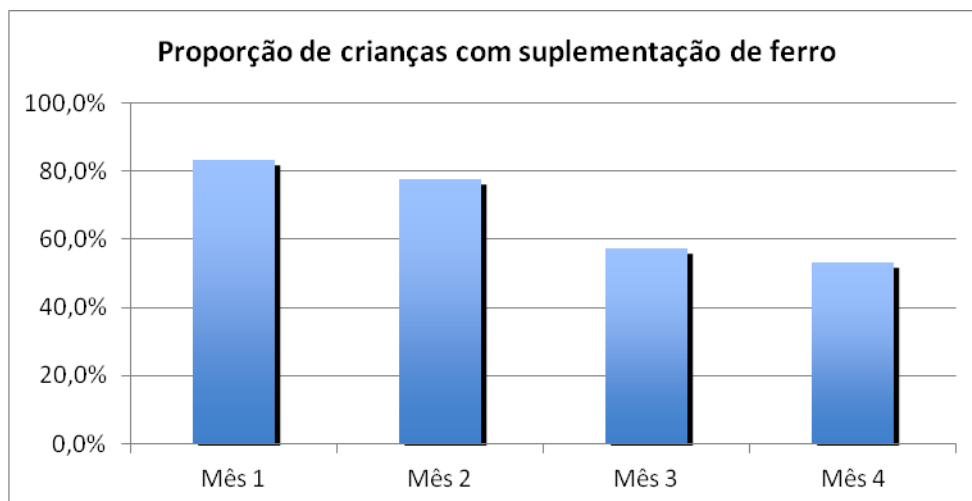


Figura 18: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Com a orientação individual dos responsáveis pelas crianças de 6 a 18 meses foi possível saber se as crianças faziam uso do suplemento de ferro e caso não o fizesse qual a razão. Todos diziam que a suplementação só era prescrita caso a criança estivesse com necessidade, após avaliação do médico ou da enfermeira. Sendo assim, a suplementação tornou-se decrescente, pois o número de crianças de 6 a 18 meses aumentava mês a mês muito mais do que o aumento no número de crianças que fizeram uso da suplementação. Essa é a razão pelo qual o percentual está decrescendo, pois de um total de 6 crianças na faixa etária de 6 a 18 meses pertencentes a área e inscritas no programa 5 fizeram uso de suplementação de ferro (83,3%) no primeiro mês, de um total de 9 crianças 7 fizeram uso de sulfato ferroso (77,8%) no segundo, de 14 crianças 8 usaram sulfato ferroso (57,1%) no terceiro e do total de 15 crianças pertencentes a área 8 usaram o sulfato ferroso (53,3%) no quarto mês.

3.7 Meta- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador- Proporção de crianças com triagem auditiva.

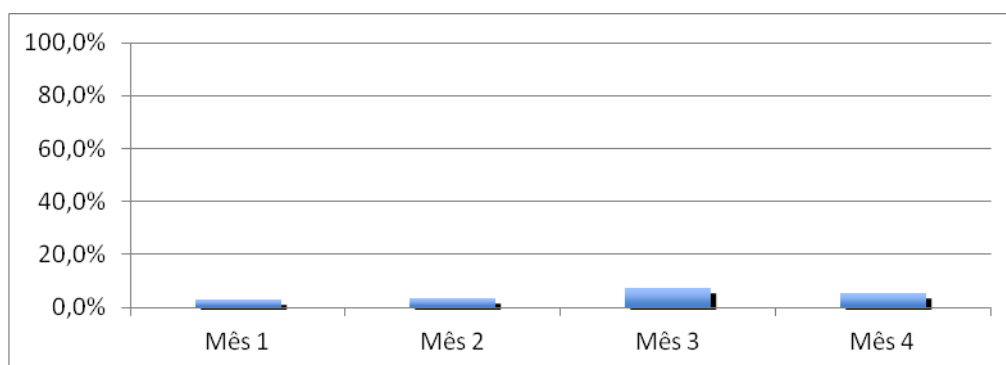


Figura 19: Proporção de crianças com triagem auditiva.

A triagem auditiva feitas em recém-nascidas é realizada por um fonoaudiólogo, no município só existia um profissional, que trabalhava no NASF. No momento a profissional do NASF pediu demissão e não existe Fonoaudiólogo trabalhando para o serviço público. Como o profissional do NASF tem muitas atribuições, talvez não seja possível assumir mais esse trabalho e a gestão não está fazendo novas contratações, logo esse serviço não será implantado em Amargosa. Provavelmente o total de 7 crianças que realizaram o exame ou fizeram particular ou realizaram o exame em outra cidade. Os números são respectivamente 2 crianças com triagem auditiva realizada de um total de 73 pertencentes a área (2,7%) no mês 1, 3 crianças de um total de 84 (3,6% no mês 2), 6 crianças de um total de 82 (7,3%) no mês 3 e 8 crianças de um total de 129 (5,4%) no mês 4.

3.8 Meta- Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador- Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

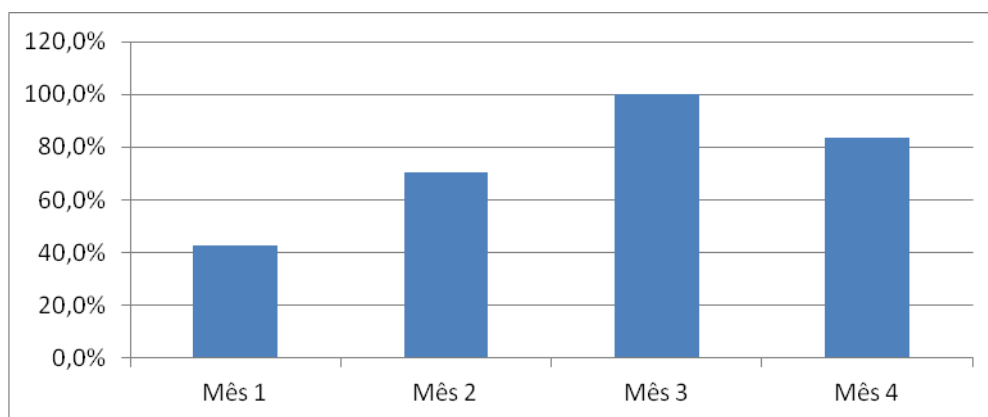


Figura 20: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

O teste do pezinho é uma prática rotineira na USF, mas como os partos cesarianos estavam sendo regulados para outros municípios, pois o centro cirúrgico foi interditado no período do último mês da intervenção, muitas crianças realizaram o teste do pezinho com mais de sete dias de vida. Por questões de falta de registro de outros colegas os números no primeiro mês foram abaixo do esperado, pois 31 crianças realizaram o teste do pezinho nos primeiros sete dias de um total de 73 crianças inscritas no programa de saúde da criança (42,5%), no segundo mês houve um aumento de 59 crianças de um total de 84 (70,2%), no terceiro mês chegou a 100%, já que 82 crianças de um total de 82 inscritos no programa fizeram o teste na

primeira semana de vida e no último mês houve uma pequena queda porque de 129 crianças pertencentes a área de abrangência da USF, 108 fizeram o teste do pezinho com sete dias de vida (83,7%).

3.9 Meta - Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses freqüentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador- Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

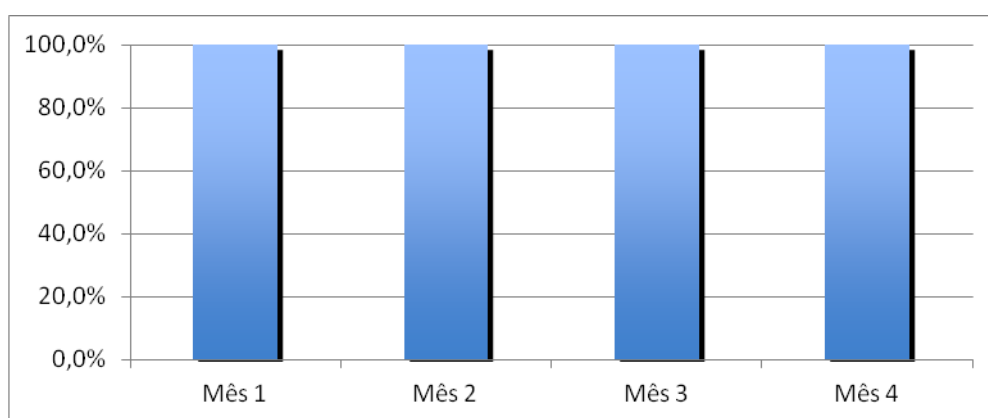


Figura 21: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

O percentual nos quatro meses da intervenção foi 100%. Isso aconteceu, porque antes do atendimento foram feitas ações coletivas de escovação supervisionada e triagem para classificação de risco e só assim eram agendadas as crianças frequentadoras da creche. No primeiro mês das 13 crianças na faixa de idade de 36 a 72 meses frequentadoras da creche 13 fizeram escovação supervisionada, no segundo mês das 28 crianças da área 28 fizeram escovação supervisionada, no terceiro mês de 39 crianças todas fizeram escovação e no último mês contemplaram todas as 51 crianças.

3.10 Meta- Concluir o tratamento odontológico em 60% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática

Indicador- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

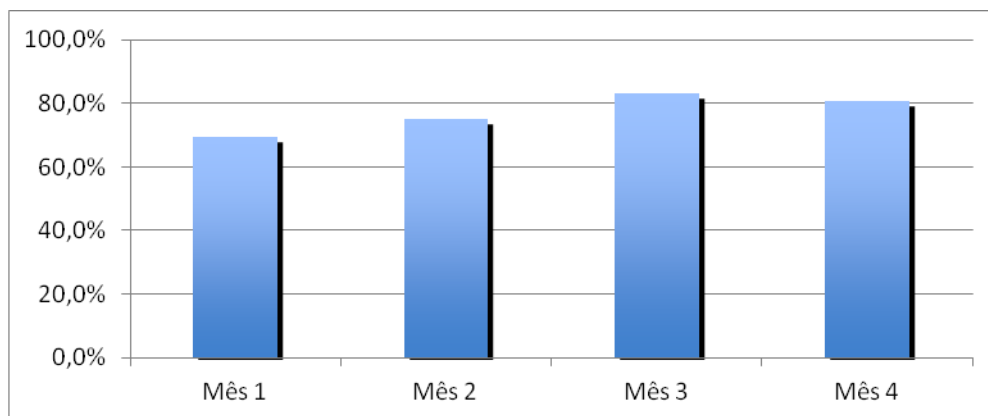


Figura 22: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído

Os percentuais de tratamentos concluídos foram crescentes. No primeiro mês foi 69,6%, uma surpresa, pois não existiam registros e nem assiduidade de crianças nessa faixa de idade no atendimento odontológico. Do segundo mês em diante o percentual aumentou porque as crianças que precisavam realizar procedimentos, com o passar dos meses iam concluindo. Então no primeiro mês 16 crianças com idades de 6 a 72 meses concluíram o atendimento odontológico de um total de 23 crianças da mesma faixa etária pertencente à área de abrangência da UBS e inscrita no programa de saúde da criança. No segundo mês do total de 40 crianças 30 concluíram o tratamento, no terceiro mês 44 crianças concluíram o tratamento de um total de 53 e no último mês 55 de um total de 68 crianças. Correspondendo respectivamente a 69,6%, 75,0%, 83,0% e 80,9%.

4. Objetivo Específico- Melhorar registros das informações

4.1 Meta- Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador- Proporção de crianças com registro atualizado.

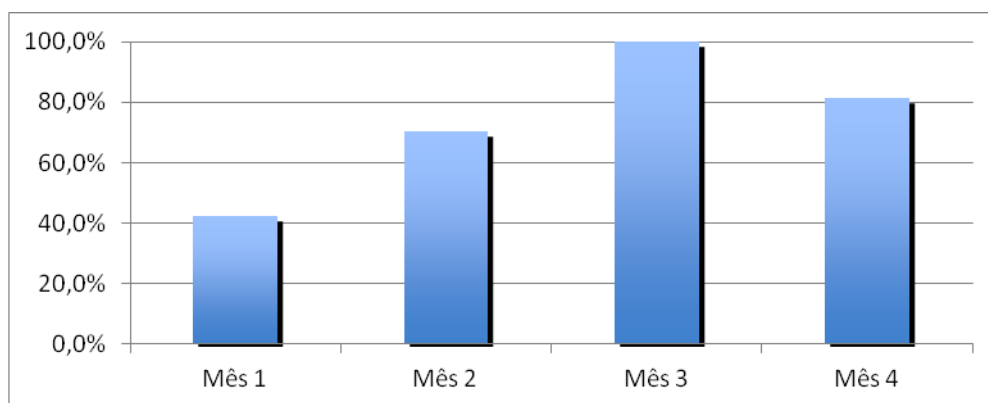


Figura 23: Proporção de crianças com registro atualizado.

Os registros das crianças que participavam da intervenção só eram encontrados na caderneta de vacinação e nos prontuários, mas não existiam livros de registros para monitoramento nem um impresso adequado para elas. Com o curso, foi disponibilizada uma ficha espelho que era preenchida no momento do atendimento odontológico. Apenas os registros das fichas espelhos foram considerados para esse indicador, logo o percentual do primeiro mês foi 42,5% o que corresponde a 31 crianças com registro adequado na ficha espelho e um total de 73 crianças inscritas no programa, no segundo mês 59 tiveram registros adequados de um total de 84 crianças da área (70,2%), todas as 82 da área estavam com seus registros adequados no terceiro mês (100%) e no quarto mês das 129 crianças 105 tinham seus registros adequados na ficha espelho (85,3%).

5. Objetivo Específico- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

5.1 Meta- Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador- Proporção de crianças com avaliação de risco.

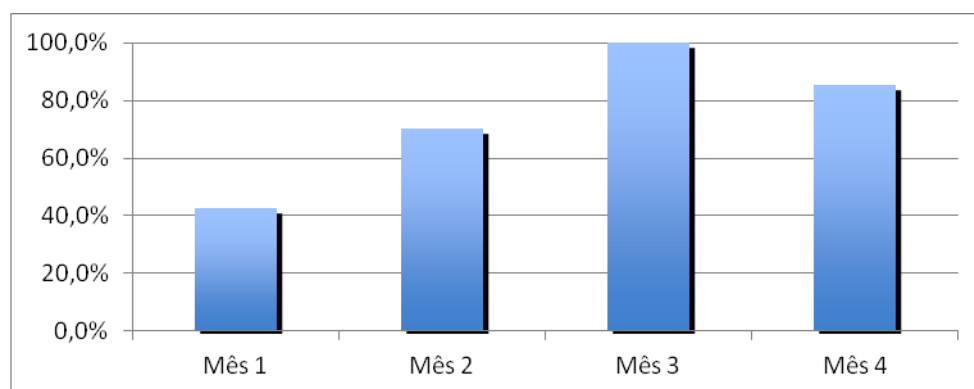


Figura 24: Proporção de crianças com avaliação de risco.

A avaliação de risco é também uma rotina na unidade, já que o monitoramento do crescimento e desenvolvimento é feito mensalmente para crianças de zero a 35 meses. As crianças que não estão nessa faixa de idade só são avaliadas caso haja necessidade. Essa avaliação foi realizada no momento da consulta odontológica observando as curvas de desenvolvimento e crescimento das crianças. Das 73 crianças pertencentes à área de abrangência 31 foram avaliadas correspondendo a 42,5% no mês 1, das 84 da área 59 foram avaliadas 70,2% no mês 2, das 82 crianças 82 foram contempladas 100% no mês 3, das 129 crianças 110 foram avaliadas 85,3% no mês 4.

6. Objetivo Específico- Promover a saúde

6.1 Meta- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

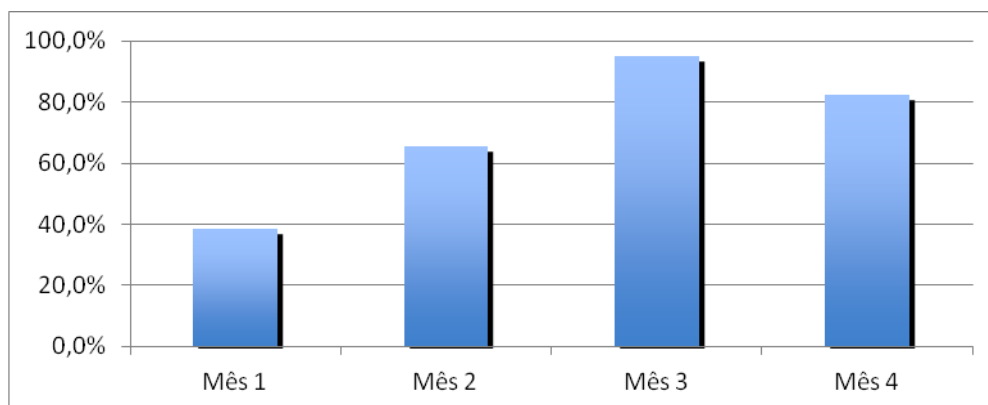


Figura 25: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

É de extrema importância orientar as mães sobre a prevenção de acidentes nas diferentes fases de crescimento da criança, pois desde os primeiros dias de vida até os seis anos as crianças necessitam de auxílio e não conhecem os perigos que as rodeiam, quando bebês, porque não entendem, quando maiores porque não conhecem ou não foram orientados a evitá-los. Muitos acidentes podem deixar sequelas ou levar uma criança a óbito. Desse modo, foram realizadas orientações individuais para todos os responsáveis que compareciam ao consultório odontológico. No primeiro mês 28 mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância de um total de 73 crianças inscritas no programa e pertencentes à área (38,4%), no segundo mês 55 mães das crianças receberam orientações de um total de 84 crianças (65,5%), no terceiro, 78 mães foram orientadas de um total de 82 crianças (95,1%) e no último 106 mães receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância de um total de 129 crianças (82,2%). O número de mães que receberam as informações foi crescente.

6.2 Meta- Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador- Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

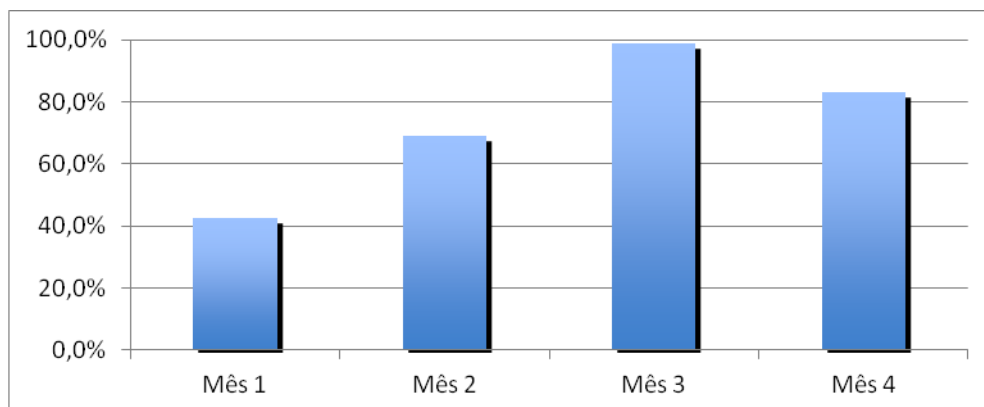


Figura 26: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Na puericultura é uma prática rotineira da enfermeira e do médico orientar as mães e ajudar a colocar as crianças para mamar na primeira consulta. Depois do curso essa orientação passou a ser feita também pelo odontólogo. Para as crianças que já tinham mais idade foram feitos questionamentos às mães sobre a orientação e se as crianças foram colocadas para mamar no primeiro dia de puericultura, algumas relataram que não, outras disseram que sim. Dessa forma foi feito o registro para as crianças maiores, já para os recém-nascidos algumas mães foram orientadas e colocaram o seu filho para mamar na primeira consulta odontológica. No primeiro mês 31 crianças foram postas para mamar na primeira consulta de puericultura e um total de 73 crianças pertencentes à área de abrangência e inscritas no programa (42,5%), no segundo 58 crianças de um total de 84 (69,0%), no terceiro mês 81 crianças de um total de 82 (98,8%), no quarto mês 107 crianças de 129 (82,4%)

6.3 Meta- Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

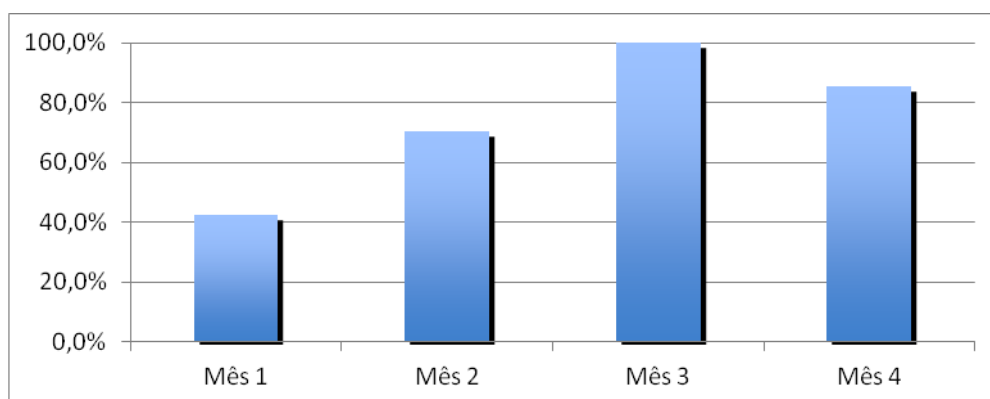


Figura 27: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Não foi possível ter a nutricionista do NASF em todos os momentos da intervenção, mas com orientação dada por ela no momento da creche e pela dentista nos momentos de atendimento individualizado em consultório a meta foi alcançada de forma satisfatória e com percentuais crescentes durante os meses da intervenção. No primeiro mês foi 42,5% o que corresponde a 31 crianças com registro de orientação nutricional por faixa etária de um total de 73 crianças inscritas no programa de saúde da criança e pertencente à área de abrangência da UBS, no segundo 59 registros de orientação nutricional de um total de 84 crianças (70,2%), no terceiro mês todas as 82 crianças foram registradas (100%) e no quarto mês 110 crianças de um total de 129 (85,3%).

6.4 Meta- Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

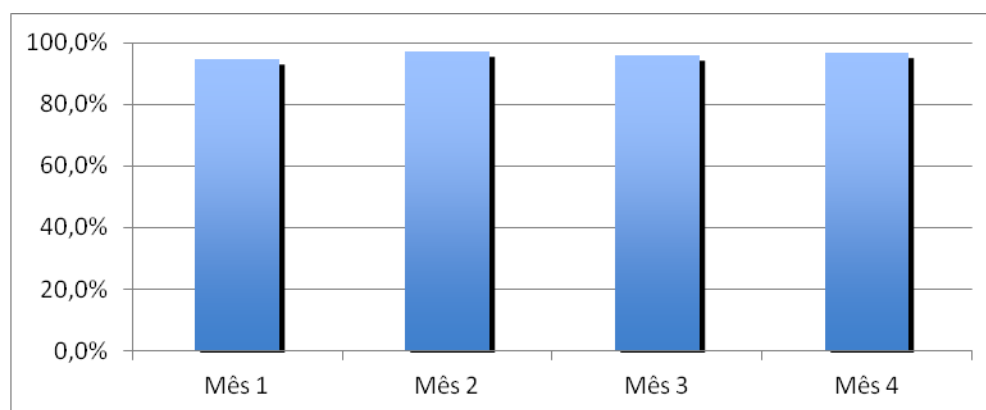


Figura 28: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Nos dois momentos com os pais e responsáveis na Creche Gustavo Leal Sales foram falados sobre diversos temas, dentre eles a importância de ter uma boa higiene bucal para prevenir a cárie e sua etiologia. Os números no primeiro mês foram de 17 crianças cujas mães receberam orientações coletivas sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie de um total de 18 crianças que fazem parte da Creche foco da intervenção (94,4%), no segundo mês 34 de um total de 35 (97,1%), no terceiro mês 45 de um total de 47 (95,7%) e no quarto mês 62 crianças cujas

mães receberam orientações de um total de 64 crianças frequentadoras da creche (96,9%).

6.5 Meta- Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

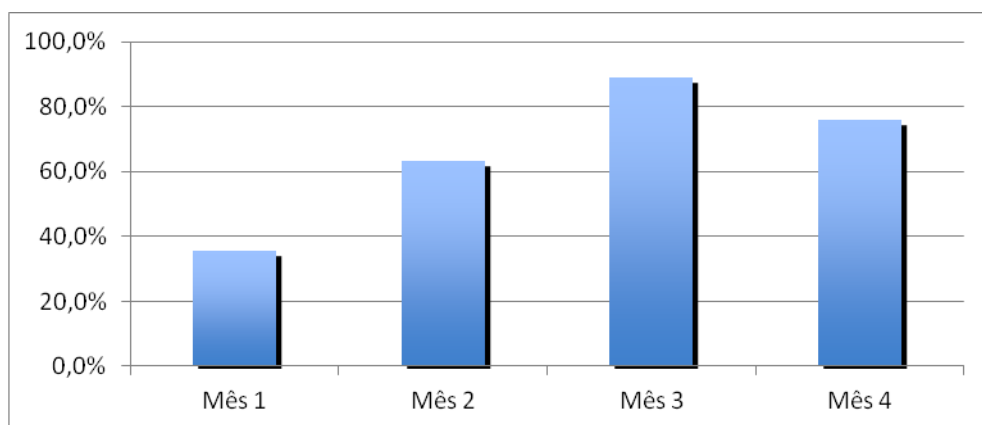


Figura 29: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Com a proposta de fazer orientação individual em consultório no momento do atendimento e também realizar Salas de Espera falando sobre as consequências de uma má higiene bucal e a etiologia da cárie, mostrando a necessidade de sempre prevenir a doença foi notório o aumento nos percentuais mês a mês, mas houve um declínio no último. Os números no mês 1 foram de 26 crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal etiologia e prevenção da cárie de um total de 73 crianças pertencentes a área de abrangência e inscritas no programa de saúde da criança (35,6%), no mês 2 53 de um total de 84 (63,1%), no mês 3 73 de um total de 82 (89,0%) e no quarto mês 98 crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal e etiologia e prevenção da cárie de um total de 129 crianças (76,0%). Isso provavelmente foi pelo fato de alguns responsáveis já terem participado de orientações nos meses anteriores, pois levaram seus filhos diversas vezes não querendo ouvir novamente as informações por não ter muito tempo, pois precisavam ir ao trabalho.

6.6 Meta- Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

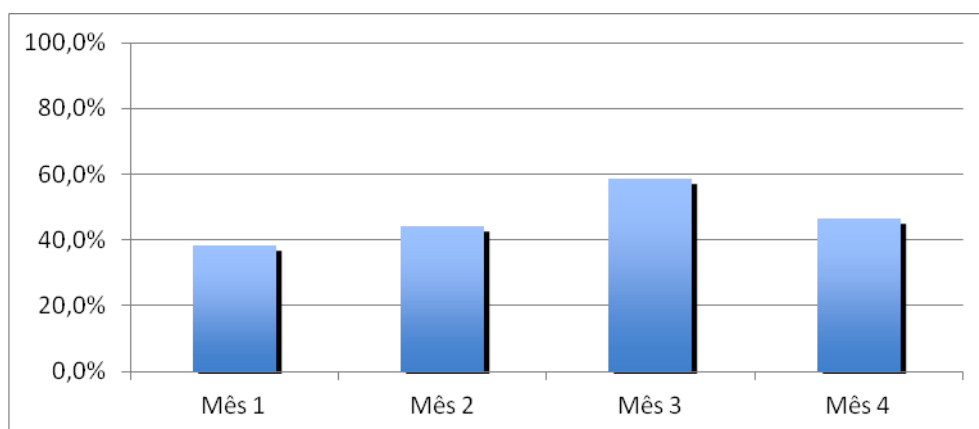


Figura 30: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

As orientações individuais das mães sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias eram realizada no momento do atendimento odontológico, como outros profissionais fizeram atendimentos a essas crianças, mas não fizeram orientações sobre esse tema o percentual foi abaixo do preconizado pela meta e em nenhum momento foi possível chegar a 100%. Já que no primeiro mês das 73 crianças atendidas na unidade apenas 28 mães foram orientadas (38,4%), no segundo mês das 84 crianças, 37 responsáveis foram orientadas (44%), no terceiro mês das 82 crianças atendidas 48 mães foram orientadas (58,5%), no último mês das 129 crianças 60 mães foram orientadas (46,5%).

6.7Meta- Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis freqüentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador- Proporção de crianças de freqüentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

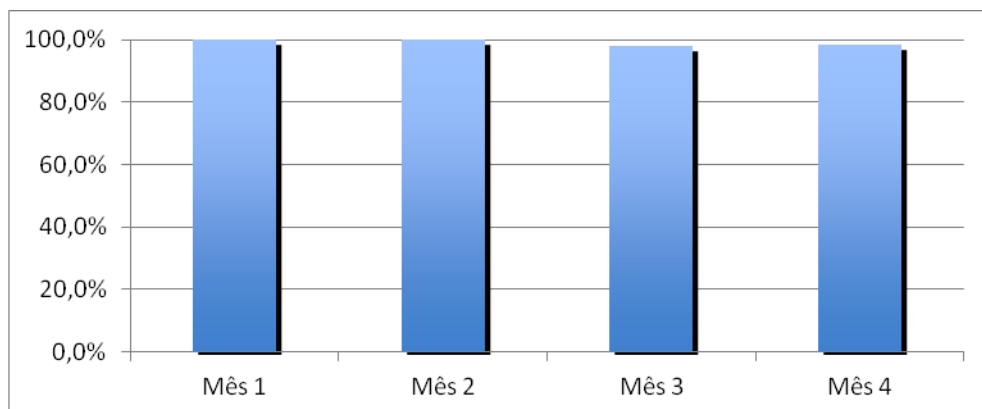


Figura 31: Proporção de crianças de frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Existiram duas reuniões de pais na Creche Gustavo Leal Sales onde participaram os pais ou responsáveis das crianças e profissionais diferentes áreas de saúde, sendo a nutricionista um deles. Esse momento de troca de informações foi muito rico. Orientações foram dadas aos pais, dúvidas foram tiradas, houve debates e todos ficaram satisfeitos com as explicações. No segundo encontro teve um maior número de pessoas, mas só a dentista participou da reunião, mesmo assim, todos os aspectos positivos e negativos sobre uma alimentação saudável foi falado. As mães que participaram das reuniões foram as que mais procuraram o atendimento odontológico. Essas foram às razões dos excelentes resultados em todos os meses em que a Intervenção foi realizada. No primeiro mês todas as 18 crianças frequentadoras da creche cujas mães receberam orientações nutricionais (100%), no segundo mês novamente total as 35 crianças da creche cujas mães foram orientadas (100%), no terceiro mês 46 de um total de 47(97,9%) e no quarto mês 63 de um total de 64 (98,4%).

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade de Saúde Espaço Verde melhorou a atenção à saúde da criança na faixa etária de zero a setenta e dois meses. Isso aconteceu com o aumento na procura do atendimento para essas crianças, o uso de um protocolo como norteador das práticas em saúde, a adesão dos registros para essa parcela da população e principalmente o seu monitoramento e gerenciamento semanal. Das 190 crianças dentro desta faixa de idade, foi possível contemplar 129, correspondendo a 67%.

Antes mesmo de escolher o tema para a realização da intervenção houve uma reunião com toda equipe para selecioná-lo, então desde esse momento todos já se sentiam inseridos nas atividades. Depois desse primeiro encontro houve outro para realizar a capacitação. Foi a partir daí que realmente iniciaram-se os trabalhos. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ajudaram a divulgar o dia de atendimento às crianças. A recepcionista orientava às mães que aguardassem o atendimento e que não demoraria a começar. As técnicas faziam o monitoramento das cadernetas vacinais e a triagem. A enfermeira e o médico estavam sempre a postos caso houvesse alguma alteração na avaliação de risco ou qualquer outra necessidade. O trabalho só foi comprometido quando era período de férias de alguém do quadro de funcionários e isso refletiu nos números em alguns meses da intervenção, pois existia uma sobrecarga no funcionário que ficava na unidade, já que não existia outro para substituir. Nas relações entre os trabalhadores da equipe houve uma melhora, pois o entendimento de todo o contexto do projeto por eles foi um facilitador para a realização de suas funções.

Antes da intervenção as crianças cadastradas no programa eram atendidas em qualquer dia da semana, a frequência dessa faixa de idade quase não existia. As mães relatavam que não poderiam perder um dia de trabalho para levar o filho ao dentista, pois já sabiam que eles não permitiriam o atendimento. A maioria da procura era como demanda espontânea, no momento em que os pequenos estavam com Cândida Pseudomembranosa, abscesso ou dor. As mães ou responsáveis raramente procuravam o dentista para fazer escovação nos filhos, realizar procedimentos mais invasivos ou até mesmo para tirar dúvidas sobre a cronologia de erupção dental e higienização bucal. Quando os questionamentos começaram a ser feitos a essas mães para justificar a intervenção, a maioria dizia que só escovava os dentes das crianças quando os dentes do “queixar” (primeiros molares decíduos) erupcionavam. Quando escovavam, muitas vezes não fazia todos os dias e na maioria das vezes era a crianças que realizava a escovação. Houve melhorias no que se refere ao monitoramento da caderneta da criança principalmente em relação ao desenvolvimento e crescimento, pois depois da intervenção as mães passaram a cobrar da Enfermeira o peso não apenas das crianças de até 35 meses e a partir daí eram monitoradas as vacinas. As atividades educativas, o exame clínico e a escovação eram realizados na Creche Gustavo Leal Sales, mas não existia uma classificação de risco à cárie. O monitoramento das cadernetas de

vacinação, o desenvolvimento, crescimento e controle do peso são realizados como rotina na unidade, sempre pela enfermeira, pelo médico e técnicas de enfermagem, mas nunca feito por uma dentista.

Depois da Intervenção foi possível ter como base um protocolo do ministério da saúde para realizar as ações em saúde. Com a disponibilidade de uma ficha-espelho cedida pelo curso, facilitou ainda mais o trabalho e as orientações individuais das mães e responsáveis dentro do consultório. Foi destinado ao atendimento infantil um turno semanal, mas quando existia a necessidade de atendimento infantil em outro dia da semana a criança era prontamente atendida. O dia específico era apenas como forma de organizar a demanda. Os registros passaram a ser realizados na unidade e seu monitoramento, semanalmente. As Salas de Espera com diversos temas serviram para as mães entenderem sobre a importância da intervenção, a necessidade do atendimento odontológico a essas crianças e principalmente a assiduidade e pontualidade para que tudo fosse realizado de forma efetiva e organizada. O aumento da procura por atendimento passou a ser crescente e contínuo. As melhorias foram observadas nos exames clínicos feitos na creche e os pequenos já chegavam ao consultório mais confiantes e seguros depois dos momentos lúdicos realizados na creche. A cirurgiã dentista passou a se familiarizar com a caderneta de vacinação e o caderno da criança, passando a fazer também a avaliação de risco junto com o médico e a enfermeira.

Durante a intervenção houve algumas falhas que poderiam ter sido evitadas, a começar pela falta de registros dos membros da equipe em relação aos atendimentos das crianças. O atendimento foi realizado pela equipe, mas a grande maioria dos registros foram feitos pela dentista. Esse erro aconteceu desde o momento da capacitação e se a intervenção começasse hoje esses problemas não seriam repetidos. A responsabilidade em buscar os faltosos ficou mais direcionada a Creche, mas essa responsabilidade caberia aos ACS. Sendo também um erro cometido desde o começo.

Tudo que foi realizado pela intervenção será dado continuidade até porque essa melhoria da atenção à saúde da criança já é notória, mas os grandes resultados e a visualização disso pela população e pela gestão só será possível se for a longo prazo. Como já está inserida na rotina da unidade e também no cronograma da Creche a parceria será mantida e a população também já está habituada a procurar o atendimento no dia específico. E caso o trabalho seja

finalizado todo o vínculo e confiança depositado pela comunidade será perdido. Com o fim da intervenção a única mudança instituída será aumenta da faixa de idade contemplada que passará a ser de zero a oito anos.

Nos próximos meses já serão avisados aos ACS sobre a mudança da faixa de idade e assim mais crianças serão contempladas. Uma nova reunião com a coordenação da creche será marcada para comunicar o final do projeto, mas a continuidade do trabalho e buscar meios de trazer as crianças maiores para o dia de atendimento.

4.3 Relatório da Intervenção aos Gestores

Prezado Gestor,

Como é da vossa ciência, faço parte do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade EaD da Universidade Federal de Pelotas. No momento estou finalizando a intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde da Família Espaço Verde, onde desenvolvemos melhorias na atenção á saúde da criança de zero a setenta e dois meses.

A intervenção começou em novembro de 2013 e durante todo o tempo pude contar com toda equipe da unidade. Não esquecendo a parceria com a Creche Gustavo Leal Sales, já que hoje fazemos parte do seu cronograma escolar e a colaboração na busca das crianças faltosas foi de grande relevância para desenvolver o projeto. A área de abrangência pertencente a nossa unidade tem uma população de 190 crianças na faixa de idade de zero a setenta e dois meses e com a intervenção foi possível contemplar 129 delas, o que corresponde a 67%.

Após uma Análise Situacional minuciosa foi possível perceber a necessidade de registros e monitoramentos dessa parcela da população. Não existia um protocolo do Ministério da Saúde a ser seguido para nortear os atendimentos e todas as ações realizadas não estavam sendo registradas da forma correta. Depois de conversar com a comunidade e com toda equipe, durante as reuniões quinzenais, percebi que crianças desta faixa de idade não frequentavam o posto para tratamento ou prevenção odontológica, só compareciam para urgências ou atendimentos de puericultura com o médico e a enfermeira. Mesmo agendando, as mães não levavam as crianças, pois achavam que era perda de tempo, já que as mesmas não permitiriam a realização de procedimentos odontológicos.

Com a intervenção conseguimos desenvolver um trabalho multidisciplinar, pude realizar avaliação de risco de cárie em mais de 70% das crianças, aquelas frequentadoras da Creche e que participaram da intervenção 100% realizaram exame bucal, foi possível concluir mais de 80% do tratamento das crianças participantes. O número de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida foi de 100% no 3º mês, 83,3% das crianças fizeram suplementação com ferro no 1º mês, 100% das crianças realizaram o teste do pezinho com 7 dias de vida no 3º mês. Pude aprender a monitorar déficit e excesso de peso das crianças, caderneta de vacinação, monitorar o desenvolvimento e crescimento. As ações desenvolvidas na Creche foram bem aceitas pelas crianças e pelos pais, podendo ser comprovadas com o número de escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças nos quatro meses da intervenção e nos dois primeiros meses todas as mães das crianças frequentadoras da creche receberam orientações nutricionais. Em relação às orientações tivemos dois momentos coletivos com os pais e responsáveis nas reuniões da Creche e também na Unidade de Saúde com as ações em Salas de Espera. Durante os atendimentos em consultório havia o momento das orientações individuais, onde pude conhecer mais sobre a realidade das famílias, criando vínculos ainda maiores com os pais dessas crianças.

O curso me permitiu conhecer melhor a área em que estou inserida, me fez ver as limitações estruturais da Unidade de Saúde, me fez entender o processo de trabalho da equipe de saúde, para posteriormente realizar todo esse projeto. Foi uma experiência exitosa com excelentes resultados que servirá como exemplo para todas as Equipes de Saúde da Família do Município.

Mesmo finalizando a intervenção, o projeto será mantido, com seu dia e turno específico, com as orientações coletivas e individuais para os pais e ou responsáveis. Não esquecendo que as ações coletivas na Creche acontecerão semestralmente. Apenas iremos estender a faixa de idade para 8 anos.

4.4 Relatório da Intervenção à Comunidade

Foi através do Curso de Especialização em Saúde da Família, ensino a distância da Universidade Federal de Pelotas, que pude desenvolver o projeto de intervenção com crianças de zero a setenta e dois meses na Unidade de Saúde da

Família Espaço Verde. O principal objetivo desse trabalho é a melhoria da atenção às crianças nessa faixa de idade e só foi possível realizá-lo porque pude contar com todos da equipe e também com as mães e responsáveis desses pequenos.

A escolha dessa parte da população foi feita a partir de muita conversa com a comunidade, com os agentes comunitários e também observando a demanda. Percebi que a procura era pequena e comecei a questionar as razões. Descobri que algumas mães nem escovavam os dentes de leite dos seus filhos, outras não podiam perder trabalho para levar os filhos ao dentista e algumas diziam ter certeza que os filhos não permitiriam ao menos abrir a boca.

Começamos a intervenção com o treinamento de todos os funcionários do posto para que pudessem entender o projeto e ajudar a desenvolvê-lo. Em seguida pedimos aos Agentes que selecionassem todas as crianças de zero a setenta e dois meses de toda a área. Fui à Creche falei sobre a intervenção e todos gostaram muito da iniciativa. Listamos todas as crianças que faziam parte da Creche e moravam na área e começamos com as atividades educativas, exames bucais para agendar por ordem de necessidade. Enquanto isso os ACS agendavam o peso das crianças de até dois anos e faziam o encaminhamento para as triagens odontológicas. Assim eram realizados os agendamentos.

A intervenção me permitiu atender 129 crianças de um total de 190 crianças (67,9%), todas as crianças que faziam parte da creche e que fizeram atendimento participaram da ação coletiva de exame bucal (100%), crianças de seis a setenta e dois meses que realizaram a primeira consulta chegaram a 92% no primeiro mês, houve avaliação de excesso e deficiência de peso, monitoramento da caderneta de vacinação, monitoramento de desenvolvimento e crescimento, verificação do teste do pezinho com até sete dias de nascidos e monitoramento da suplementação de ferro. Na Creche tivemos dois momentos com as mães e responsáveis pela criança e falamos sobre alimentação saudável, uso de chupeta e mamadeira, falamos sobre a escovação com creme dental sem flúor até os cinco anos e convidamos uma fonoaudióloga, uma Nutricionista e a enfermeira na primeira reunião.

Existiram momentos de orientações individualizadas para as mães dentro do consultório e também em Sala de Espera, principalmente para explicar sobre a importância de não faltar ao atendimento nem chegar atrasados, entre outros temas sobre saúde da criança, prevenção e dúvidas gerais. A coordenadora da Creche

ajudou a buscar as crianças faltosas remarcando o atendimento e nos enviando as listas para o reagendamento.

Tivemos excelentes resultados e mesmo chegando ao final do projeto teremos o atendimento nas quartas-feiras para as crianças e pretendo atender também as de até oito anos (FIGURA 31).



Figura 18: Sala de Espera

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Trabalhar na Saúde Pública 40h sem nenhum tipo de flexibilização é muito difícil, então a única alternativa às vezes é enveredar para os cursos EaD. Após ter presenciado duas colegas da Equipe, uma médica e uma enfermeira, fazendo o curso de Especialização em saúde da Família da UFPEL com tanta dedicação e cuidado passei a me interessar. O curso não é fácil, mesmo sendo não presencial e a forma de abordagem e programa permite ao estudante conhecer aos poucos como funciona a “engrenagem do SUS” só vivenciando.

A Análise Situacional foi de muita valia principalmente para conhecer o processo de trabalho de cada um da Equipe, os erros e acertos dos gestores no que se refere à infraestrutura e também na distribuição de medicamentos e insumos. Conhecer a comunidade e seus problemas, além do território onde vivem.

Descobrir junto com a comunidade e a equipe quais os problemas e a partir daí tentar melhorá-lo fez parte da Análise Estratégica. As “ferramentas” para a construção da intervenção semanalmente, foi importante para o crescimento diário.

O que dizer da orientadora? A confiança adquirida nesse período é enorme e isso só traz tranquilidade para desenvolver um bom trabalho. Importante ter alguém que está a milhares de quilômetros e diante de um computador parece estar bem perto. Cumplicidade e uma parceria sólida para trilhar um caminho nada fácil.

Hoje finalizo este curso com uma sensação de dever cumprido e certa de que um curso a distância bem planejado pode ser mais difícil que muitos presenciais.

6 Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 11.** Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 17.** Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 33.** Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

Anexos

ANEXO I - FICHA ESPELHO



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Consulta odontológica na UBS							
Data							
Idade (meses)							
Avaliação clínica individual (ver quadro)							
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)							
Lábios e mucosas (normal/alterado)							
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)							
Língua (normal/alterada)							
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)							
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)							
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)							
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)							
Caracterização das consultas (ver quadro)							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)							
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)							
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)							
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)							
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)							
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)							
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)							
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)							
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)							
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)							
Assinatura do profissional							

II- PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1																			
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 72 meses frequenta creche ou escola?	A criança participou de ação coletiva de exame bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança faltou à consulta agendada?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas às crianças faltosas às consultas odontológicas	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?
2	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma 1 - Sim	0 = Nenhuma 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
3																			
6		3																	
7		4																	
8		5																	
9		6																	
10		7																	
11		8																	
12		9																	
13		10																	
14		11																	
15		12																	
16		13																	
17		14																	
18		15																	
19		16																	
20		17																	
21		18																	
22		19																	
23		20																	
24		21																	
25		22																	
26		23																	
27		24																	
28		25																	
29		26																	
30		27																	

Apresentação
Orientações
Dados da UBS
Mês 1
Mês 2
Mês 3
Mês 4
Indicadores
+
:

	A	B	C	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	A
1	Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1																		
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 18 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança participou de ação coletiva de escovação supervisionada com creme dental?	A criança está com tratamento odontológico concluído?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional individual na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação coletiva na creche sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação individual na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação individual na unidade de saúde sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional coletiva na creche?	
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4		3																	
5		4																	
6		5																	
7		6																	
8		7																	
9		8																	
10		9																	
11		10																	
12		11																	
13		12																	
14		13																	
15		14																	
16		15																	
17		16																	
18		17																	
19		18																	
20		19																	
21		20																	
22		21																	
23		22																	
24		23																	
25		24																	
26		25																	
27		26																	
28		27																	
29																			
30																			
	Apresentação Orientações Dados da UBS			Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Indicadores											